



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu  
Hastaneleri Kurumu

# VERİMLİLİK GÖZLEMCİSİ YERİNDE DEĞERLENDİRME REHBERİ



Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İZLEME, ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME KURUM BAŞKAN YARDIMCILIĞI  
VERİMLİLİK VE KALİTE YÖNETİMİ DAİRE BAŞKANLIĞI



Yazarlar

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı  
Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı

Ankara

Nisan- 2017

## **MİSYONUMUZ**

**Kamuya sağlık hizmeti vermek sorumluluğu içinde sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışıyla sunmak, sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmek**

## **VİZYONUMUZ**

**Sağlık hizmetlerinde güven duyulan ve uluslararası alanda referans gösterilen bir kurum olmak**



Kurum olarak kamuya sağlık hizmeti vermek sorumluluğu içinde sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışı ile sunmayı, sorunlara zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmeyi amaçlamaktayız.

2016 yılında yerinde değerlendirme ekiplerimiz tarafından Kurumumuza bağlı sağlık tesislerinin % 88' i değerlendirilmiş olup, ziyaret edilen sağlık tesisine ait değerlendirme raporu ve diğer sağlık tesislerindeki iyi uygulama örnekleri sağlık tesisi yöneticileri ile paylaşılmıştır. Yerinde değerlendirmeler sonucunda sağlık kuruluşlarına ait raporlar, Kurumumuzda ilgili Daire Başkanlıkları ile paylaşılmış ve sağlık politikaları oluşturulmasına katkıda bulunulmuştur.

Bakanlığımızın sağlık politikaları, mevzuat değişiklikleri, sahadan gelen geri bildirimler ve gzlemcilerimizin nerileri doğrultusunda Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberlerimiz revize edilmiştir.

Sağlık tesislerimizin değerlendirilmesinde görev alan verimlilik yerinde değerlendirme gözlemcilerine ve Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı çalışanlarına özverili çalışmaları ve katkılarından dolayı teşekkür eder, rehberlerimizin sağlık tesislerimize hayırlı olmasını dilerim.

Doç. Dr. İsmayil YILMAZ  
İzleme lme ve Değerlendirme  
Kurum Başkan Yardımcısı



Bakanlığımız, ülke nüfusunun tamamına kapsamlı bir sağlık hizmeti vermek ve yaygınlaştırmak için önemli çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmaların odağını ise “Önce İnsan” düşüncesi oluşturmaktadır. Bu düşüncenin bir yansıması olarak her zaman vatandaşımıza daha kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti vermenin yollarını arama çabasıyla Kurumumuz bünyesinde Daire Başkanlığımız önemli bir misyon üstlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşümün 2 nci fazının başlatıldığı şu dönemde hasta ve yakınlarına sunduğumuz sağlık hizmetini iyileştirmek, sağlık sisteminden hakkaniyetli bir şekilde faydalanmasını sağlamak ve sağlık çalışanlarımızı, hasta ve yakınlarını memnun etme amacına hizmet etmek için sağlık tesislerinde yerinde değerlendirmeler yapılmaktadır.

Ölçemediğiniz şeyi iyileştiremezsiniz prensibinden de yola çıkarak Daire Başkanlığımız tarafından Verimlilik Karneleri düzenlenmektedir. Verimlilik karnelerinin bir boyutu olan Verimlilik Yerinde değerlendirmelerine esas oluşturacak “Verimlilik Gözlemci Yerinde Değerlendirme Rehberleri ” her yıl revize edilmektedir.

Bu niyetle, yenilenen rehberimize katkıda bulunan Kurum içi ve Kurum dışı tüm çalışma arkadaşlarıma içten teşekkür ederim. Rehberimizin kaliteli, verimli bir sağlık hizmeti sunumunda faydalı olması ve yol göstermesi temennisiyle hayırlı olmasını dilerim.

Dr. Ş. Abdullah ŞEKER  
Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanı

## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ .....	8
2. AMAÇ VE KAPSAM.....	8
3. YERİNDE DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ .....	9
4. BOYUTLAR.....	9
4.1. Alt Yapı ve Donanım (AYD) .....	9
4.2. Hasta Değerlendirme ve Bakımı (HDB) .....	10
4.3. Çalışan Hakları ve Güvenliği (ÇHG) .....	10
4.4. Çalışan Nitelikleri ve Eğitimi (ÇNE) .....	11
4.5. Hasta ve Ailesinin Hakları (HAH) .....	11
4.6. Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimi (KMH).....	12
4.7. Eczacılık Hizmetleri Yönetimi (EHY) .....	12
4.8. Toplam Kalite Yönetimi (TKY).....	13
4.9. Hizmete Erişim ve Devamlılığı (HED) .....	14
4.10. Hasta Güvenliği Yönetimi (HGY).....	14
4.11. Tesis Güvenliği Yönetimi (TGY).....	14
4.12. Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme (YPYD).....	15
4.13. Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi (EKÖ) .....	15
4.14. Teknik Hizmetler Yönetimi (THY).....	16
5. BÖLÜMLER.....	17
ACİL SERVİS.....	18
POLİKLİNİK .....	39
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ.....	52
LABORATUVAR HİZMETLERİ.....	62
DOĞUMHANE HİZMETLERİ.....	79
SERVİS .....	88
YOĞUN BAKIM .....	101
AMELİYATHANE .....	126
STERİLİZASYON .....	135
GENEL DEĞERLENDİRME.....	148
TEKNİK HİZMETLER .....	201
ECZACILIK HİZMETLERİ.....	208
MEDİKAL DEPO .....	240
AYNIYAT DEPO .....	261

<b>KLİNİK MÜHENDİSLİK</b> .....	284
<b>BİYOMEDİKAL DEPO</b> .....	300

## 1. GİRİŞ

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” nin 34’üncü maddesi ve Kurumumuz tarafından yayımlanan 10/12/2014 tarih ve 29201 sayılı “Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği” kapsamında, birliklere bağlı sağlık tesislerinin yerinde değerlendirilmesi “Verimlilik Gözlemcileri” tarafından yapılmaktadır.

Kurumun vizyon ve misyonu doğrultusunda sağlık tesisleri içinde bulunduğu şartlarda; sahip olduğu donanım, hizmet verdiği bina ve tesisat gibi çalışma koşullarını etkileyen tüm etkenler, hizmet süreçleri ve sunulan hizmet kalitesi açısından gözlemciler tarafından yerinde değerlendirilmektedir. Sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, eksikleri yerinde görmek ve kaliteli, verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla oluşturulan yerinde değerlendirme ekipleri, sağlık tesisleri ziyaretleri sırasında saydığımız tüm unsurları göz önünde bulundurarak süreçleri gözlemlemekte, tespit ettikleri problemlere, yerel yöneticilerle beraber çözüm yolları aramaktadırlar. Amaç problemleri kaynağında tespit edip çözüme kavuşturmadır. Kaynağında çözüm üretilemeyen problemler ise hazırlanan raporlar vasıtasıyla Kurumun ilgili bölümleriyle paylaşılarak, saha ile merkez arasında bağlantı sağlanmaktadır.

## 2. AMAÇ VE KAPSAM

Sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyetin bir üst düzeye çıkarılması ve etkin sağlık yönetimi için yöneticilerin performansının değerlendirilmesi amacıyla yerinde değerlendirmeler yapılmaktadır. Sağlık tesislerinde aksayan süreci değerlendirecek ve çözüm önerileri sunabilecek donanıma sahip Verimlilik Gözlemcileri ile sağlık tesislerinin yerinde mevcut durum analizleri yapılmakta ve sağlık tesislerinin aksayan süreçlerine yönelik iyileştirmeler yapılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca gözlemciler tarafından bir sağlık tesisinde tespit edilen iyi uygulama örnekleri, diğer sağlık tesisleri ile paylaşılmaktadır.

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde kılavuz olması için, Daire Başkanlığımız tarafından hazırlanan “Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi (Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi)” nde, gözlemcilerin değerlendireceği sorular, sorunun değerlendirilmesi sırasında değerlendirilecek unsurlar, soru hakkında açıklamalar ve ilgili kaynaklara yer verilmiştir. Rehber sağlık tesislerimizin verimlilik ve kalite alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır. Yerinde Değerlendirme rehberinde bulunan her soru, hastaların, yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat ve Uluslararası kalite ve akreditasyon kaynakları göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca hazırlanan sorular tanımlanan boyutlarla ilişkilendirilerek sağlık tesisinin 14 farklı boyutta değerlendirilmesi imkanı sağlanmıştır.



### **3. YERİNDE DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ**

Verimlilik gözlemcileri tarafından sağlık tesislerimizde gerçekleştirilecek yerinde değerlendirmelerde yazılı dokümanların incelenmesinden daha çok, uygulamaların kurum genelinde yaygınlığı, benimsenmesi ve kurum genelinde standart uygulama olup olmadığı gözden geçirilmektedir. Yazılı düzenlemelerin incelenmesi kurum içinde uygulamaların nasıl tanımlandığını anlamak için yapılmaktadır. Sağlık tesislerimizden beklenen hasta ve çalışan güvenliği, toplam kalite yönetimi, etkili hasta değerlendirmesi ve bakımı, hasta hakları konularındaki yaklaşımların kurum kültürüne dönüşmüş olmasıdır. Bu yaklaşımların üst yönetimden en uçtaki birime kadar yayılmış ve standart uygulamaya dönüşmüş olmasını beklemekteyiz. Verimlilik gözlemcilerinden beklenen masa başı değerlendirmelerden daha çok, uygulamaların kurum içinde yaygınlığı ve performansına odaklanmalarıdır.

Verimlilik gözlemcileri tarafından değerlendirilecek unsurlarda belirtilen hususların sağlık tesisinde uygulanıp uygulanmadığına, elde edilecek somut bilgilerin değerlendirilmesi sonucu karar verilmektedir. Uygulamaya ilişkin kanıtlar; tıbbi kayıtların ve dokümanların incelenmesi, süreçlerin gözlenmesi, çalışanlarla yapılan yüz yüze görüşmeler vb. yöntemler sonucu elde edilmektedir.

Sağlık tesisi çalışanlarının uygulamalara ilişkin farkındalığı, bilgi düzeyi, çalışmalarının ve davranışlarının uygulamalarla uyumu, uygulamanın benimsenme düzeyinin göstergesidir. Gözlemciler; çalışanlarla yaptıkları görüşmeler ve gözlemleri sonucu değerlendirme anında değerlendirilecek unsurların yerine getirilip getirilmediğini saptar. Ayrıca tıbbi kayıtlarla uygulamalar geriye dönük olarak izlenebilmelidir.

Yerinde değerlendirme soruları içinde istenen değerlendirilecek unsurların, belirli bölümlerde değil, kurumun tüm ilgili bölümlerinde aynı düzeyde uygulanması beklenmektedir. Uygulamaların sürekliliği de önemlidir. Örneğin bir serviste mevcut uygulamada çalışanların bir bölümünün bilgi sahibi olması ve istenen değerlendirilecek unsurun uygulanması, ancak diğer çalışanların çalıştığı zamanlarda uygulamanın gerçekleşmemesi sağlam temelli bir uygulama olmadığını, kişiye bağlı olduğunu ve belli zamanlarda uygulandığını gösterir. İstenen uygulamanın belli zaman dilimlerinde değil sürekli olmasıdır. Benzer biçimde uygulama mesai içinde olduğu gibi mesai dışında da etkili olmalıdır.

### **4. BOYUTLAR**

Sağlık tesisinin sunduğu sağlık hizmetini etkileyen koşullar ve kurumda egemen olması istenen değerler boyutlar içinde tanımlanmıştır. Böylece değerlendirme sonucunda bir sağlık tesisinin her boyut için ayrı ayrı puanı hesaplanabilmektedir. Her boyutun ayrı puanlanması sağlık tesislerinin ve yöneticilerin performansının çok yönlü değerlendirilmesini sağlamaktadır.

#### **4.1. Alt Yapı ve Donanım (AYD)**

Sağlık tesislerimizin etkili, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için insan kaynaklarının yanı sıra alt yapısı, fiziki koşulları ve donanımı da yeterli seviyede olmalıdır. Binalarının yeni ya da çok eski olması gibi her sağlık tesisinin fiziki alanları ve koşulları farklılık göstermektedir.

Sağlık tesisinin fiziki koşullarının belirlenmesi amacıyla, “Yerinde değerlendirme soru listesinde” alt yapıyı, fiziki koşulları, tıbbi cihaz durumunu ve donanımı ilgilendiren sorular “Alt Yapı ve Donanım” boyutunda yer almaktadır. Durum tespiti yapılırken bu soruların ayrı bir boyut içinde yer alması, sağlık tesisi yönetiminin ve çalışanların performansının alt yapı ve donanım koşullarından bağımsız değerlendirilmesini sağlamaktadır.

#### **4.2. Hasta Değerlendirme ve Bakımı (HDB)**

Hastanın ihtiyacı olan tedavi ve bakımın gerçekleşmesi için öncelikle etkili bir değerlendirme süreçlerinden geçirilmesi gereklidir. Değerlendirme ve bakım hastanın sağlık tesisine başvurduğu andan itibaren başlayan bir süreçtir. Bu süreç yatan ve ayaktan hastaların muayene ve tedavi edildikleri poliklinik, acil servis ve kliniklerde gerçekleştirilir. Hastanın fiziksel ve psikolojik durumu ve klinik seyri hakkında bilgiler toplanır. Tanı ile ilişkili laboratuvar ve görüntüleme sonuçları eklenir ve değerlendirilir. Elde edilen bilgiler ışığında hastanın ihtiyaçlarına özgü bir bakım planı geliştirilir.

- ✓ Hemşire tarafından yapılan değerlendirme,
  - ✓ Hekim tarafından yapılan değerlendirme,
  - ✓ Triaaj uygun olarak acil hastaların gereğince çabuk değerlendirilmesi,
  - ✓ Hasta bakımının sürekliliği ve sağlık çalışanları arasında eşgüdüm sağlanması,
  - ✓ Hastanın tedavisine yönelik eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi,
  - ✓ Hastanın beslenme ve fonksiyonel ihtiyaçları açısından değerlendirilmesi,
  - ✓ Hastanın günlük klinik takiplerinin yapılması ve tedavilerinin uygulanması,
  - ✓ Hastanın konsültasyon süreçlerinin düzenlenmesi,
  - ✓ Hastanın ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmesi
  - ✓ Güvenli Cerrahi yönetimi ve postoperatif hastanın değerlendirmesi,
  - ✓ Hareket kısıtlaması yapılan hastaların değerlendirilmesi ve bakımı,
  - ✓ Yaşlıların, engellilerin, çocukların ve istismar riski taşıyan hastaların bakımı, vb.
- konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

#### **4.3. Çalışan Hakları ve Güvenliği (ÇHG)**

Sağlık çalışanlarının hakları ve güvenliğinin sağlanması sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli parametrelerden biridir. Çalışanların haklarına yönelik düzenlemeler yapılması ve güvenliğinin sağlanması, sağlık tesisindeki hizmet sunumunun verimliliğini ve etkinliğini artırmaktadır. Çalışan güvenliği açısından bu boyut içinde yer alan çalışmaların amacı risklerin önceden belirlenerek gereken önlemlerin alınması ve güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasıdır.

“Çalışan Hakları ve Güvenliği” ve “Tesis Güvenliği Yönetimi” boyutları içinde yer alan tüm değerlendirilecek unsurlar aynı zamanda “Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme” boyutu içinde de yer almaktadır. Sağlık tesisi içinde bu unsurlarda saptanan eksiklikler “Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme” puanını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışan hakları ve güvenliğinin sağlık tesisi yöneticileri için önemli bir performans kriteri olduğunu göstermektedir.

- ✓ Çalışan sağlığı ve güvenliği programlarının oluşturulması,

- ✓ Beyaz kod süreçlerinin düzenlenmesi,
- ✓ Çalışanlara yönelik sosyal alanların oluşturulması,
- ✓ Kişisel koruyucu ekipmanların temini ve kullanımı,
- ✓ Çalışma alanlarında uygun fiziki koşulların sağlanması,
- ✓ Çalışanların sağlık taramalarının yapılması,
- ✓ Bölüm bazlı risk değerlendirmelerinin yapılması ile ilgili konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

#### **4.4. Çalışan Nitelikleri ve Eğitimi (ÇNE)**

Sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin sağlanması ve sürdürülebilmesi, çalışan personelin niteliğine bağlıdır. Sağlık tesisi yönetimi, personelin kişisel ve mesleki gelişimine katkı sağlamak, hizmet kalitesi ve verimliliğini arttırmak, bilgi ve becerisini korumak ve geliştirmek amacıyla bir plan dahilinde eğitimler düzenlemeli ve bu eğitimler için gerekli kaynakları sağlamalıdır. Eğitimler hizmetin sürekli gelişimini sağlaması ve hasta ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilmesi amacıyla tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Bu boyut altında;

- ✓ Kurumda görev alan tüm personelin görev tanımlarının belirlenmesi,
- ✓ Kuruma yeni başlayan personele uyum eğitimlerinin verilmesi,
- ✓ Kurumda görev alan tüm personelin bilgi ve becerilerinin sürdürülmesi, geliştirilmesi gerekli konularda önlemlerin alınması ve korunması için periyodik olarak hizmet içi eğitim programlarının yapılması, aldıkları eğitimlerin kayıtlarının arşivlenmesi gibi konulara yer verilmiştir.

#### **4.5. Hasta ve Ailesinin Hakları (HAH)**

Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve yakınlarının haklarına saygı gösterilmelidir. Hizmetin sunulduğu sağlık tesisi hastanın tanı, tetkik, tedavi ve bakımı süresince, hasta ve ailesinin haklarını destekleyen süreçleri sağlamakla sorumludur. Hasta ve ailesinin haklarının korunması ve hastaların her anlamda mahremiyetinin ve güvenliğinin sağlanması için sağlık tesisi yöneticileri ile çalışanlar işbirliği içinde olmalıdır. Bu boyutta;

- ✓ Hasta mahremiyetinin sağlanması,
- ✓ Hastaların fiziksel saldırılara karşı korunması,
- ✓ Hasta ve yakınlarının hastalığı hakkında bilgilendirilmesi,
- ✓ Hastanın teşhis, bakım, tedavi vb. bilgilerinin gizli tutulması,
- ✓ Hastanın hekimini seçebilmesi,
- ✓ Hasta ziyaret kurallarının belirlenmesi,
- ✓ Engelli bireylere yönelik düzenlemelerin yapılması,
- ✓ Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşullarının sağlanması,
- ✓ Hasta ve yakınlarına gerekli eğitimlerin düzenlenmesi,
- ✓ Hasta ve ailesinin tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmesi tedaviye katılma, her türlü girişimsel işlem ve operasyonda bilgilendirilmesi ve onam süreçleri,
- ✓ Tedaviyi reddetme veya tedaviyi sonlandırma hakkında bilgilendirilmesi,
- ✓ Hasta ve yakınlarına mevcut bakım ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi,

- ✓ Hasta ve yakınlarının şikayet, öneri ve taleplerinin değerlendirilmesi gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

#### **4.6. Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimi (KMH)**

Sağlık tesislerinde biyomedikal cihazların alımı, muayenesi, depolanması, ilgili birime iletilmesi, eğitimlerinin verilmesi, sorumlularının tespit edilmesi ve tesise ait bir biyomedikal envanterinin oluşturulması klinik mühendislik hizmetlerinin sorumlulukları arasındadır. Bu hizmetlerin yerine getirilebilmesi için KMBYS ve HBYS arasında tam entegrasyon sağlanmalı sözleşme süreçleri iyi yönetilmeli ve sözleşmelere uyum sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının tıbbi cihazlar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, buna karşın sağlık hizmetinin gittikçe artan bir oranda teknik cihazlar üzerinden sunulması bu alanda kapsamlı düzenlemelerin yapılmasını gerekli kılmıştır. Biyomedikal hizmetlerin gerçekleştirilmesi, muayene ve kabul kriterlerinin belirlenmesi ilave olarak biyomedikal teknoloji performans ve verimlilik süreçlerinin yönetilmesi önemlidir. Bu aşamalara yönelik çalışanların eğitimleri planlanmalı, uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Biyomedikal teknoloji takip sistemi, biyomedikal H.E.K. yönetim sistemi, biyomedikal depo yönetimi ve biyomedikal kaynak geliştirme sistemi klinik mühendisliğinin değerlendireceği diğer önemli alanlardır.

#### **4.7. Eczacılık Hizmetleri Yönetimi (EHY)**

Eczacılık hizmetleri ve ilaç yönetimi sağlık tesisleri için zor, riskli ve önem arz eden işlemlerin yer aldığı bir boyuttur. Tesisin büyüklüğüne göre 24 saat esasına göre eczacı çalıştırılan hastane eczanesinde soğuk zincire tabi ilaçların yönetimi, ilaç hataları ve ramak kala olaylarının ve farmokovijilansın yönetimi, stok yönetimi ve ilaçların depolanması süreçleri özenli bir şekilde planlanır ve kayıt altına alınarak uygulanır.

Sağlık tesisi içinde eczacılık hizmetleri ve ilaç yönetimi ile ilgili süreçler ilacın satın alma talebi ile başlar. Satın alınan ilaçlar kuruma teslim edilir. Medikal depolarda saklanır. İstendiğinde servislere verilmek üzere bir bölümü eczanede bulunur. Ayrıca stoklu çalışan servislerde, bazı ilaçlar servislerde oluşturulan ara depolarda da saklanır.

Hastaların hekim tarafından düzenlenen günlük orderlarının eczaneye iletilmesi sonucunda her sağlık tesisinde ilaçlar hasta adına ve günlük olarak hazırlanır, yetkili bir hemşire aracılığıyla kliniğe ulaştırılır.

Depolardan hastaya uygulanıncaya kadar geçen süreçlerde (saklama, transfer, uygulama vb.) gereken özen gösterilmelidir. Hastane eczanesinde ilaçların hazırlandığı ortamların temizliği ve uygunluğu sağlanmalı, okunuşu ve görünüşü benzer ilaçların yanlış kullanımının önlenmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır.

Servislerde ilaçların doğru hastaya, doğru zamanda, doğru dozda, doğru yolla verilmesi süreçleri belirlenerek kayıt altına alınmalı ve hastanın dosyasında ilaç uygulama çizelgesi imzaları tam bir şekilde bulunmalıdır.

Sağlık tesisi eczanesinde hasta orderlarında yazılan ilaçların ilaç – ilaç ve ilaç – besin etkileşimleri takip edilmelidir. Narkotik ilaçların ve yüksek riskli ilaçların hastaya uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmış ve uygulanıyor olmalıdır.

Sağlık tesisinde eczanede yapılan tüm işlemler HBYS üzerinden elektronik olarak yapılabilmektedir.

- ✓ Acil müdahale seti veya arabası ilaçlarının listesi, miktar ve miat kontrolleri,
- ✓ Benzer görünüme ve okunuşa sahip ilaçların karışmamasına yönelik düzenlemeler,
- ✓ Yüksek riskli ilaçlar tanımlanması ve farklı alanda muhafaza edilmesi,
- ✓ Narkotik ilaçlar erişimin kısıtlanması,
- ✓ Kullanılmayan yarım dozların takip edilmesi,
- ✓ İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınması,
- ✓ İ.V. olarak ilaç infüzyonu uygulamasında “ilacın adı, dozu, başlangıç saati, veriliş süresi ve hastanın adının” mayi üzerinde belirtilmesi,
- ✓ İlaçların eczaneden hasta bazlı çıkışı yapılması, servislerde de hasta bazlı olarak muhafaza edilmesi,
- ✓ Soğuk zincire tabi ilaçların ve laboratuvar kitlerinin listesinin bulunması,
- ✓ Soğuk zincirin takibi için indikatörlü etiketler kullanılması,
- ✓ İlaç-besin etkileşim tablosunun HBYS’ye entegre edilmesi,
- ✓ Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesinin HBYS’ye entegre edilmesi, gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

#### **4.8. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)**

Sağlık tesisinin, ilgili mevzuat gereğince kurum çapında bir kalite iyileştirme, çalışan ve hasta güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti konularında programı yoktur. İdari ve tıbbi alanlarda çalışan tüm personel sağlık tesisinin tümünü kapsayan kalite faaliyetlerini yazılı bir program dahilinde yürütmelidir. Yönetim kalite iyileştirme çalışmalarının yürütülmesinde sorumluları belirlemeli, gerekli kaynak ve imkânları sağlamalıdır. Boyutlar içinde yer alan temel değerlere (hasta ve çalışan güvenliği, toplam kalite yönetimi, etkili hizmet, hasta ve ailesinin hakları, verimlilik vb.) sağlık tesislerimizin öncelikle yaklaşımı tanımlanmalıdır. Yaklaşımların kurum genelinde nasıl uygulanacağını belirlemek, standart uygulama sağlamak için yazılı düzenlemeler hazırlanmalıdır. (prosedür, talimat, görev tanımı vb.)

Standart uygulamayı sağlamak için, yaklaşımın ve tanımlanan uygulamaların tüm çalışanlara duyurulması, kurum genelinde ilgili tüm birim ve servislere yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Yaklaşım ve uygulamaların anlaşılması, benimsenmesi ve içselleştirilmesi sağlanmalıdır.

Sürekli iyileştirme için yaklaşım ve uygulamalar izlenmelidir. Düzenli aralıklarla gözden geçirilmeli, değerlendirilmeli ve analiz edilmelidir. Sistemli bir gözden geçirme, analiz ve iyileştirme için göstergeler belirlenmelidir.

#### 4.9. Hizmete Erişim ve Devamlılığı (HED)

Yönetim hasta ve yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmalı; hizmete erişimi engelleyebilecek her türlü engeli ortadan kaldırmalıdır. Sağlık tesisi hastanın mevcut sağlık hizmetine erişimini, başvurusundan itibaren taburcu olana kadar doğru şekilde düzenlemek ve devamlılığını sağlamak zorundadır.

Bu boyutta;

- ✓ Ayaktan ve yatan hastaların sağlık tesisine kabul prosedürü,
- ✓ Hizmetin devamlılığı ve bölümler arası iletişimin sağlanması için koordinasyonun düzenlenmesi,
- ✓ Sevk ve taburcu işlemlerinin düzenlenmesi,
- ✓ Epikriz standartlarının düzenlenmesi,
- ✓ Başka sağlık kuruluşlarına nakil işlemlerinin düzenlenmesi gibi konular yer almıştır.

#### 4.10. Hasta Güvenliği Yönetimi (HGY)

Yüksek riskli endüstri grubunda yer alan sağlık sektöründe hastalar ve çalışanlar için sakat kalma ve ölüm riski yüksektir. Güvenlik alanında yapılan çalışmalar Hipokrat'ın "Önce Zarar Verme" ilkesinden köken alır. Öncelikle sağlık tesislerimizde güvenlik kültürü oluşturulmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

- ✓ İlaç güvenliğinin sağlanması,
- ✓ Ramak kala olaylarının takibi ve düzenlenmesi
- ✓ Hasta kimliğinin doğru şekilde belirlenmesi,
- ✓ Güvenli Cerrahi prosedürünün uygulanması,
- ✓ Düşme riskinin önlenmesi gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmektedir.

#### 4.11. Tesis Güvenliği Yönetimi (TGY)

Sağlık tesisleri hastalar, yakınları ve çalışanları için tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, kaza ve yaralanmaları önlemeye, güvenli bir tesis ortamı sağlamaya çalışmalıdırlar. Kurum, emniyetli bir tesis yönetimi sağlamak amacıyla gerekli planlama ve uygulamaları yapmalıdır. Amaç; sağlık tesisi ile etkileşim halinde olan kişiler için güvenli ortamın sağlanması, tehlike ve risklerin önlenmesidir. Bu planlama, tesisin düzenli aralıklarla denetlenmesini kapsamalıdır. Periyodik denetlemeler yazılı olarak rapora dönüştürülmeli ve sağlık tesisinin uzun vadeli iyileştirmeler yapmasına yardımcı olmalıdır.

Tesis Güvenliği Yönetiminin Kapsamında:

- ✓ Hastane çalışanlarının acil durumlarda görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi,
- ✓ İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak üzere kamera takip sistemi kurulması,
- ✓ Yangın algılama ve söndürme sistemlerinin düzenli aralıklarla test edilmesi,
- ✓ Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüplerinin güvenlik açısından sabitlenmesi,
- ✓ Asansör ve jeneratörlerin uygunluk belgeleri alınması, periyodik bakımlarının yapılması,
- ✓ Tıbbi cihazların bakımı, onarımı ve kalibrasyonunun yaptırılması,

- ✓ Tehlikeli maddelerin (radyoaktif, tıbbi atık, tehlikeli atık ve diğer maddeler) depolanması taşınması ve bertarafının sağlanması,
- ✓ Kurumun, su, elektrik, enerji ve medikal vb. sistemlerinde oluşabilecek arıza durumunda acil durum tedbirlerinin alınması gibi konular yer almaktadır.

#### **4.12. Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme (YPYD)**

Sağlık tesisi yönetimi, verilen sağlık hizmetinin etik ve yasal kurallar dahilinde kesintisiz sunumunun sağlanmasından, kaynakların uygun şekilde yönetilmesinden, hasta ve çalışan haklarının korunmasından yükümlüdür.

Yerinde değerlendirme soru listesinde, yöneticinin sorumluluk alanına giren sorular bu boyutla değerlendirilmekte ve değerlendirme sonuçları karneye yansıtılmaktadır. Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme boyutunda ortaya çıkan puan; sağlık tesisi karne puanının belirlenmesinde Verimlilik Yerinde Değerlendirme Puanı olarak kullanılmaktadır.

Yaklaşımların kurum kültürüne dönüşmüş olması ve yaklaşımlara dayanılarak tanımlanan uygulamaların üst yönetimden en uçtaki birime kadar yaygınlaştırılması, kurum genelinde standart uygulama ve sürekliliğinin sağlanmasındaki öncelikler yöneticilerin görevidir. Bu nedenle “Yönetici Performans Yerinde Değerlendirme”, içinde en fazla soru ve değerlendirilecek unsur bulunan boyuttur.

#### **4.13. Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi (EKÖ)**

Kurumun, hastanede enfeksiyonun kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programı olmalıdır. Enfeksiyon kontrol programları, coğrafik yerleşim, hasta hacmi, hizmet edilen hasta toplulukları, klinik faaliyetlerin tipi ve çalışanların sayısına bağlı olarak, kuruluşlar arasında fark gösterir. Etkili kontrol programları, belirlenmiş nitelikli liderler, uygun yazılı politikalar ve işlemler, personel eğitimleri ve kuruluş çapında organizasyonun sağlanması ile başarılıdır.

Enfeksiyon kontrol süreçleri; hastalar, personel ve sağlık tesisi ile etkileşim içinde bulunan kişiler için riski en aza indirmek amacıyla düzenlenmelidir. Hastane, bu amaca ulaşmak için, enfeksiyon risklerini, oranlarını ve eğilimlerini izlemeli ve değerlendirmelidir.

- ✓ Kurumdaki temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon süreçlerinin belirlenerek yönetilmesi,
- ✓ Atık yönetimi süreçlerinin belirlenerek yönetilmesi,
- ✓ Havalandırma ve iklimlendirme cihazlarının hijyen kontrolleri (partikül, filtre kontrolü),
- ✓ El hijyeni ve kişisel koruyucu ekipmanların kullanımlarının sağlanması,
- ✓ Üçüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak TPN servisi istenmesi,
- ✓ Yoğun bakımlarda izolasyon odası istenmesi,
- ✓ Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi vb. bilgiler istenmesi,
- ✓ Sterilizasyon ünitesinde kirli ve steril malzeme giriş çıkışının ayrı alanlardan yapılması,

- ✓ Su deposunun periyodik kontrollerinin yapılması gibi konular yerinde değerlendirme soru listesinde bu boyut altında değerlendirilmiştir.

#### **4.14. Teknik Hizmetler Yönetimi (THY)**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin artırılması ve sorunsuz bir şekilde altyapı sistemlerinin (kamera, asansör, klima, jeneratör ) kullanılabilirliğini sağlamak amacıyla yapılan çalışmaların takibi ve kontrolü değerlendirilir. Sağlık tesislerindeki sistemlerin; bakım faaliyetlerinin belirli amaca yönelik planlanmasının ve periyodik olarak uygulandığının takibi yapılır. Bu yaklaşım ile sistemlerin arızasız, sorunsuz, verimli ve uzun ömürlü olarak çalıştırılabilmesi sağlanabilmekte, bakım giderleri ile yedek parça maliyetleri azaltılabilmektedir. Kullanılan sistemlerin çalışır ya da çalışmaya hazır durumda bulundurulması gerekmektedir.

Sağlık tesislerindeki ayniyat depolarda harcama yetkilisi adına görev yapacak personellerin belirlenmesi ve yetkilendirilmesi, eğitimlerinin planlanması uygulanması ve kayıt altına alınması, taşınırların kaydı muhafazası ve kullanılabilirliğinin sağlanması, kamu idareleri arasında taşınırların devri, doğru verilerle yönetim hesabının verilebilmesi, uyumlu ve koordinasyonlu yönetim şeklinin belirlenmesi için yapılan uygulama ve işlemlerin doğruluk ve kontrolü “Teknik Hizmetler Yönetim” boyutunda değerl



# 5. BÖLÜMLER

# ACIL SERVİS

**SORU: Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi mevcut mu?**

**SIRA** : 1  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AS.1.1.** Acil servisin tescilli seviyesini gösteren Valilikten alınmış onay belgesi sağlık tesisinde bulunmalıdır.

**AS.1.2.** Sağlık tesisi bünyesinde birden fazla acil servis hizmet veriyorsa, her bir acil servise ait ayrı tescil belgesi bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemci tarafından acil servisin tescil seviyesini gösteren belge görülmelidir.

Sağlık tesisi yöneticisi tarafından “Seviyelendirme” talebi yapılmış, ancak Sağlık Müdürlüğü, Valilik onayı ve Bakanlık tescil süreci tamamlanmamış ise sağlık tesisi olumlu değerlendirilir. Dal hastaneleri ve entegre ilçe hastaneleri bünyesindeki acil servislerde oluşturulan acil ünitelerinin de tescil belgesi bulunmalıdır.

Aynı başhekimliğe bağlı (aynı yerleşkede ya da uzak lokalizasyonda) farklı binalarda hizmet verilen acil servislerin tescilli sorgulanmalıdır. Örneğin aynı Başhekimliğe bağlı bir hastanenin farklı semtte kadın doğum ve çocuk hastalıkları ek binası var ise hem ana binanın acil servis tescilli hem de ek binada bulunan acil servisin ayrı tescilli olmalıdır. Bunlardan bir tanesi yok ise hayır olarak değerlendirilmelidir.

Yine aynı binada ayrı girişleri ve bekleme alanları olan acil servislerin (yetişkin acil, çocuk acil vb.) ayrı ayrı tescilli bulunmalıdır.

**KAYNAK:**

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).**

Seviyelendirme:

**MADDE 6 – (1)** Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilir.

Acil servislerin seviyelerine göre tanımları, seviyelerine uygun olarak bulundurulması gereken birim ve alanlar, bunların asgari alan genişlikleri, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak ve personel standardı Ek-1’de, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin asgari standartları Ek-2’de, bulundurulması zorunlu asgari ilaç listesi Ek-3’te, acil servislerde bulundurulması gereken birim ve alanlar ise Ek-4’de gösterilmiştir.

(2) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümlerine ve Ek-1, Ek-2 ve Ek-3’teki asgari standartlar çerçevesinde müdürlük bünyesinde oluşturulacak komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve

raporlama yöntemiyle, Ek-5'deki Acil Servis Seviye Tespit ve Denetleme Formuna göre yapılır. Komisyon tarafından düzenlenen rapor ve ekinde yer alan Ek-5'deki Forma istinaden Valilik onayı alınarak tescil için Bakanlığa gönderilir.

(3) Komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir müdür yardımcısı başkanlığında, acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğünden ve yataklı tedavi kurumları şube müdürlüğünden birer kişi, il ambulans servisi baştabibi veya görevlendireceği bir kişi ile bir mimar veya inşaat mühendisi, varsa acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde acil servis sorumlusu bir tabip olmak üzere en az altı kişiden oluşur. Üniversite bulunan illerde ilgili ana bilim dalı başkanlığından bir temsilci de komisyona dâhil edilir. Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması hâlinde Başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyon sekreteryası müdürlükçe yürütülür.

(4) Seviyelendirme ve tescil işlemi yapılan acil servislerin sonradan seviyesinin yükseltilmesi veya yeniden değerlendirilmesine ilişkin başvurular kurum baştabibince ilgili müdürlüğe resmi yazı ile yapılır. Başvurular, müdürlüğe intikal ettiği tarihten itibaren 1 (bir) ay içerisinde sonuçlandırılır. Sağlık tesisi sayısı fazla olan illerde birden çok komisyon kurulabilir.

Seviyelendirmenin istisnaları:

**MADDE 7 – (1)** Dal hastaneleri, özel hastaneler ve entegre ilçe hastaneleri bünyesindeki acil servisler veya acil üniteleri, komisyon tarafından aşağıdaki ölçütlere uygun olarak inceleme ve değerlendirmeye tâbi tutulur ve raporlanarak tescil için Bakanlığa bildirilir.

a) Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulur.

b) Acil ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Ek-6'daki asgari standartları taşıması zorunludur.

c) Faaliyet gösterdiği branşların özelliği gereği acil başvuru yoğunluğu bulunan, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, acil yardım ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, onkoloji ve kemik hastalıkları, meslek hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları ile göğüs hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri acil servislerinin; fiziki şartları bakımından en az I. Seviye'nin asgari standartlarını, diğer şartlar bakımından III. Seviye'nin asgari standartlarını taşıması gerekir.

#### **SORU : Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?**

**SIRA** : 2

**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 2

**BOYUTLAR** : YPYD, İMH, HED, AYD, TGY, HAH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.2.1.** Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.

**AS.2.2.** Engelli otoparkı acil servis girişine en yakın alanda konumlandırılmalı ve otoparkın amaç dışı kullanımı engellenmelidir.

**AS.2.3.** Hasta ve hasta yakınları için yeterli otopark alanı ayrılmalı ve uygun ışıklandırma yapılmalıdır.

**AS.2.4.** Otopark alanlarında kamera ile güvenlik önlemleri alınmalı ve ihtiyaç duyulan hallerde güvenlik personeli ile desteklenmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Ambulans ve hasta nakil araçlarının otopark alanları değerlendirilmelidir. Otopark ambulansların acil olarak çıkış yapabileceği şekilde konumlandırılmalıdır. Ambulans için belirlenmiş otoparkın önüne başka araçların park edip etmediği de değerlendirilmelidir.

Engelli otoparkı engellilerin acil servise kolay ulaşımını sağlayacak şekilde acil girişine en yakın alanda konumlandırılmalıdır. Ayrılan otopark alanlarının yeterli olup olmadığı ve engelli olmayan araçların park edip etmediği değerlendirilmelidir.

Acil servise başvuran hasta ve hasta yakınları için ayrılan otopark alanının yeterli olup olmadığı değerlendirilmelidir, bu alanlardaki mevcut ışıklandırma kontrol edilmelidir.

Otopark alanlarında kamera sisteminin olup olmadığı, sistem var ise görüş alanının kontrol edilmek istenen tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve kamera kayıtlarının en az 2 ay süre ile tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

MADDE 5 –

g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

**SORU: Acil servise yönlendiren ışıklı işaret ve levhalar mevcut mu?**

**SIRA** : 3  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.3.1.** Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

**AS.3.2.** Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabelası bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Hastanın acil servise hızlı bir şekilde ulaşımını sağlamak amacıyla hastane girişinde, uygun alanda, acil servisin yerini gösteren yeteri kadar büyüklükte geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme levhaları değerlendirilmelidir.

Acil servis binalarında ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabelanın olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

MADDE 5 – h) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

1) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır.

i) Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabela bulunur.

**SORU: Acil serviste karşılama ve yönlendirme hizmeti veriliyor mu?**

**SIRA** : 4  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED,SBH,İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AS.4.1.** Karşılama ve yönlendirme hizmeti acil servis girişinde uygun bir alanda konumlandırılmalı ve etkin hizmet vermelidir.

**AÇIKLAMA:**

Karşılama ve yönlendirme birimi acil servis girişinde hasta ve yakınlarının kolayca görebileceği ve ulaşabileceği bir alanda bulunmalıdır. Karşılama yönlendirme hizmetinin etkinliği; personel sayısının yeterliliği, hasta yoğunluğu vb. dikkate alınarak değerlendirilir.

Karşılama yönlendirme personeli acil servise başvuran hastaları karşılamalı ve transferine yardımcı olmalıdır. Görevli personelin almış olduğu eğitimler sorgulanmalı ve eğitim kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir. Acil servis girişinde sadece danışmanlık hizmeti veren birimler (güvenlik personeli vb.) hasta karşılama ve yönlendirme birimi olarak kabul edilmemelidir. Bu birimde çalışanlar acil serviste çalışan diğer personelden farklı özel kıyafet giymelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

## TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

1.1.3.Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.

b) Acil servis girişinde hastaların transferine yardımcı olacak hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi bulunmalıdır.

### **SORU : Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 5  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : YPYD, AYD, HED, İMH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AS.5.1.** Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.

**AS.5.2.** Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.

**AS.5.3.** Acil servise giriş alanı düz olmalı, gerekli durumlarda ise, en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.

**AS.5.4.** Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir alanda temiz, işlevsel ve yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.

**AS.5.5.** Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Acil servisin girişinin diğer hastane girişlerinden bağımsız olacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği gözlenmelidir. Özellikle D ve E1 rolündeki hastanelerde hastanenin ana kapısı (idare ve servislere ulaşımı sağlayan kapı) ile acil servis giriş kapısının ayrı olduğu gözlenmelidir. Hastanenin tüm bölümlerine erişim sadece acil servis giriş kapısından olmamalıdır.

Acil servis giriş kapısı, sedye veya tekerlekli sandalye ile sağlık personelinin rahatlıkla çarpmadan geçebileceği genişlikte olmalıdır. Giriş alanının genişliği değerlendirilmelidir.

Acil servis giriş alanı hastanın kolaylıkla acil servise ulaşımını sağlayacak şekilde düz olmalı veya düz bir alan yok ise yapılan sedye rampasının eğimi % 8 den fazla olmamalıdır. Hastanın düşmesine neden olabilecek faktörler (tümsek, oyuk vb.) bulunmamalıdır.

Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşacağı alanda, hasta yoğunluğuna göre sedye ve tekerlekli sandalyenin yeterli sayıda olup olmadığı değerlendirilmelidir. Sedyelerin tekerlekleri, yan korkulukları, sabitleme kemeri, frenlerinin çalışıp çalışmadığı, tekerlekli sandalyelerin tekerleklerinin bozuk olmadığı, ayak basma yerlerinin sağlam olup olmadığı gibi özellikleri incelenmelidir.

Acil servis giriş ve çıkışları hasta aracı veya ambulandan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde düzenlenmeli ve bu alanda yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. Acil önündeki kapalı alana ambulansın tamamen sığması şartı aranmamalıdır.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

MADDE 5 – (1) Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar şunlardır:

a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur.

d) Acil servis girişinde tekerlekli sandalye ve sedyelerin muhafazası için uygun bir alan ayrılır.

e) Acil servislerde zeminlerin, kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, girintisiz ve kolay temizlenebilir malzemelerden olması gerekir.

f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayaktan hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur.

**SORU : Acil seviyesine uygun fiziki düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 6

**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 6

**BOYUTLAR** : AYD, YPYD, İMH, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.6.1.** Birinci seviye acil serviste; muayene alanları, resüsitasyon odası, (dal hastanelerinde alan) müşahede odası, müdahale odası bulunmalıdır.

**AS.6.2.** İkinci seviye acil serviste 1. Seviye acil servise ilave olarak; triaj alanı , primer tedavi birimi, Görüntüleme Ünitesi, İzolasyon odası bulunmalıdır (Ek olarak TKHK tarafından belirlenen hastanelerde dekontaminasyon odası da değerlendirilir.)

**AS.6.3.** Üçüncü seviye acil serviste 1. ve 2. Seviye acil servise ilave olarak; Travma odası, Kritik- Yoğun Bakım Birimi (tercihli) bulunmalıdır.

**AS.6.4.** Acil servislerde görüntüleme ünitelerine hastanın kolay ulaşımı sağlanmalıdır.



**AÇIKLAMA:**

Birinci seviye acil serviste tanımlanan alanlar gözlenmelidir.

İkinci seviye acil serviste tanımlanan alanlar gözlenmelidir.

Üçüncü seviye acil serviste tanımlanan alanlar gözlenmelidir.

Acil servis, görüntüleme ünitelerine yakın, ulaşımı kolay bir şekilde konumlandırılmalı ve aynı alanda birden fazla binada hizmet veriliyor ise; görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta naklinin uygun şartlarda yapılacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

EK-4

**ACİL SERVİSLERİN BÜNYESİNDE BULUNAN BİRİMLER VE ALANLAR**

Resüsitasyon odası: Herhangi bir nedenle solunum ve kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alandır.

Hasta muayene alanları: Ayaktan gelen hastaların muayene, teşhis ve tedavisinin yapıldığı müstakil oda ya da paravanla bölünmüş alan.

Müşahede odası/alanı: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapılıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alan.

Müdahale odası/alanı: Her türlü sütur atma ve alma, alçı ve benzeri küçük cerrahi işlemlerinin yapılabildiği oda.

Bekleme alanı: Hasta yakınlarının beklemesi için oluşturulan, pencereli, acil girişine ve kantine yakın, sıcak ve soğuktan korumalı, ergonomik oturma düzeninin olduğu alan.

Triaj alanı: Tabip, acil tıp teknisyeni, hemşire ya da sağlık memurunun (toplum sağlığı) acil serviste görevli tabip ile koordineli olarak çalıştığı, acile başvuran hastaların karşılandığı, tedavi önceliğinin belirlendiği ve hangi bölümde, kim tarafından tedavi edileceğine karar verildiği birimdir.

Kritik hasta bakım birimi: İlk resüsitasyon ve tedavisi yapılan ve halen stabil olmayan hastaların 24 saati geçmemek şartı ile takip ve tedavilerinin yapıldığı alan.

Primer tedavi birimi :Acil servise ayaktan başvuran, tetkik ihtiyacı olmayan, anamnez ve muayene ile tedavisi planlanabilen hastaların bakıldığı alandır.

Görüntüleme ünitesi: Mobil ve sabit röntgen, BT, USG gibi tıbbi donanımlı, acil servis hastalarına 24 saat hizmet verebilen, acil servise yakın ya da içinde konuşlandırılmış birim.

Travma odası/alanı: Herhangi bir nedenle travma geçirmiş hastaların ilk muayene, tedavi ve bakımlarının yapıldığı, ileri travma yaşam desteği kapsamında girişimsel işlemlerin yapıldığı yerlerdir.

Tedavi alanı: Bekleme alanı, destek alanı, görüntüleme ünitesi ve laboratuvarlar hariç olmak üzere acil serviste hastalara tanı ve tedavi girişimlerinin yapıldığı tüm alanların toplamı.

Dekontaminasyon/Arındırma odası/alanı: Nükleer, kimyasal ve biyolojik ajanlara maruz kalanların dekontaminasyonlarının sağlandığı, uygun miktarda duş bulunan alanlardır.

**ACİL ÜNİTESİNİN ALAN / PERSONEL / TIBBİ CİHAZ / İLAÇ ASGARİ STANDARDI**  
**ACİL ÜNİTESİNİN ÖZELLİKLERİ:**

\* İlçe hastaneleri bünyesinde, acil poliklinik muayene, tetkik ve ilk tıbbi müdahalenin yapıldığı, stabilizasyon sağlandıktan sonra gerektiğinde tedavinin sağlanabileceği sağlık tesislerine sevk yapılan, en az bir odadan oluşan acil sağlık birimleri olarak yapılandırılır.

\*Acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde, hastanenin faaliyet alanının gerektirdiği branşlarda acil sağlık hizmeti vermek üzere en az bir odadan oluşur.

\*Tedavi alanı 20-50 m<sup>2</sup> olmalı

\*Verilmesi gereken sağlık hizmeti:

- Acil ayaktan hasta bakımı,
- Temel Yaşam Desteği,
- İleri Kardiyak Yaşam Desteği.

**SORU: Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 7

**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 7

**BOYUTLAR** : YPYD, İMH, TBH, HED, SBH, HAH, ÇHG, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.7.1.** Resüsitasyon için ayrı bir oda (dal hastaneleri için ayrılmış bir alan) düzenlenmiş olmalıdır.

**AS.7.2.** Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.

**AS.7.3.** Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına yakın bir yerde olmalıdır.

**AS.7.4.** Resüsitasyon odasına görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmeli ve hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**AS.7.5.** Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odasında bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.), kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**AS.7.6.** Resüsitasyon odasında bulunan ilaç ve sarf malzemelerin (erişkin, pediatrik ve infant boyları ayrı olmak üzere entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulmalı ve bu ünitelerde resüsitasyon odası olarak ayrı bir odanın ayrılması şartı aranmamalıdır. Acil ünitesi olan hastanelerde resüsitasyon için bir alanın ayrılması olumlu olarak değerlendirilmelidir. Acil

ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Acil Tebliği Ek-6'daki asgari standartları taşıması zorunludur. Herhangi bir nedenle solunum ve/veya kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alan resüsitasyon odası olarak ayrılmalıdır.

Resüsitasyon odası amacı dışında tansiyon ölçmek, enjeksiyon yapmak, muayene, vb. hiçbir şekilde kullanılmamalıdır.

Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın olacak şekilde planlanmalıdır.

Gözlemciler resüsitasyon odasına görevli personel dışında girişin engellenmesi için (kontrollü geçiş sistemi, güvenlik personeli vb.) gerekli önlemlerin alınıp alınmadığını, resüsitasyon odasında personel giriş çıkışları esnasında hasta mahremiyetini sağlayan düzenlemelerin yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Resüsitasyon odasında bulunan cihazların günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı (eski kayıtlarda dahil olmak üzere) değerlendirilmelidir.

Resüsitasyon odasında bulunan ilaç ve sarf malzemelerin kullanıma hazır olup olmadığı, kontrollerin yapıp yapılmadığı miktar ve miatlarının kontrol edilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

#### **KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

EK – 5

ACİL SERVİS SEVİYE TESPİT VE DENETİM FORMU RESUSİTASYON ODASI İÇİN GEREKLİ TIBBİ DONANIM

I, II ve III Seviye için Müşterek Değerlendirilir.

1. Acil obstetrik girişim ekipmanı

2. Havayolu malzemeleri

- 2.5-8.5 mm iç çaplı, kafalı ve kafsız endotrakeal tüpler,
- Laringoskop takımları,
- Combitube,
- Oral ve nazal airwayler,
- Aspirasyon sistemi,
- Balon Valf Maske (Ambu) - erişkin, pediyatrik ve infant boyutlarda, LMA (Laringeal Maske) veya EOA (Ösefagial Obturator Airway)

3. Solunum ile ilgili malzemeler

- Oksijen tedavisi için gerekli olan nazal kanül, yüz maskesi ve seyyar oksijen tüpleri,
- Pulse oksimetre,
- Kapalı göğüs drenaj seti,
- Göğüs tüpü malzemeleri ve aletleri,
- Transport Ventilatör (tek kullanımlık olabilir),

4. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Defibrilatör (Manuel ya da otomatik olabilir),
- Monitör,
- Noninvazif otomatik kan basıncı monitörleri,
- Manuel tansiyon aleti (Çocuk manşonlu),
- IV kateterler, setler, tüpler,
- 12 derivasyonlu EKG cihazı,
- Kalp masajı tahtası (sert yüzeyli sedye kullanılıyorsa aranmaz),

II.Seviye İçin Değerlendirilir

### 1.Havayolu malzemeleri

### 2. Solunum ile ilgili malzemeler

- Acil torakotomi seti ve aletleri,
- Endtidal CO2 monitörü

### 3. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Pediyatrik kaşıkları da olan monitor/defibrilatör,
- Geçici eksternal pacemakerlar,
- Kan/sıvı pompaları,
- Santral venöz (CV) kateterleri ve takmak için gerekli olan malzemeler,
- Santral venöz basınç (CVP) ölçümü için gerekli olan monitör,
- Cut down seti ve malzemeleri,
- Perikardiyosentez seti ve malzemeleri,
- İntraosseöz iğneler (erişkin ve pediatrik boyları)

### 4. Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin

- Peritoneal lavaj seti ve malzemeleri,

### 5. Diğer donanım unsurları

- Yeni doğan resusitasyonu için radyan ısıtıcılar

## **I.ve II. Seviyeye İlave Olarak III.Seviye İçin Değerlendirilir**

### 1.Havayolu malzemeleri

- Fiberoptik laringoskop,

### 2. Solunum ile ilgili malzemeler

- Peak flow metre,
- BİPAB/CPAP ventilasyon sistemi,

### 3. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Pediyatrik ve internal kaşıkları, uygun eksternal pacemaker özelliği olan monitor/defibrilatör,
- Transvenöz ve/veya transtorasik pacemaker cihazı,

### 4. Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin

- Geniş lümenli tüpler (orogastrik ve nazogastrik) de dahil olmak üzere gastrik lavaj malzemeleri,
- Hipotermi termometreleri,

### 5. Diğer donanım unsurları

- Hastayı ısıtan ve serinleten battaniyeler,

## **RESÜSİTASYON ODASINDA ASGARİ BULUNMASI GEREKEN İLAÇLAR**

### **I, II ve III. Seviye İçin Müşterek Değerlendirilir**

#### 1. Absorbanlar – Aktif kömür

#### 2. Anestezi indüksiyon ajanları – Benzodiazepinler (IV), Etomidat (IV), Barbitüratlar (IV)

#### 3. Anestezikler

- İnfiltratif – Lidokain, Bupivakain, Prilokain, Ketamin (IV, IM)
- Diğer anestezikler Propofol (IV)

#### 4. Paralizan ilaçlar

#### 5. Antihistaminikler (IV)

#### 6. Akciğerler ile ilgili preparatlar (Bronkodilatörler, Mukolitikler, Antikolinergikler, Nebulize steroidler – Budesonid vb)

7. Antikonvülzanlar – Benzodiazepinler (IV), Fenitoin (IV), Valproik asit (IV)

8. Elektrolit replasmanları Potasyum, Magnezyum, Ca (IV)

9. Gastrointestinal ilaçlar

- Antiasitler
- Antispazmotikler
- Laksatifler
- Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
- Trimetobenzamid (IM)
- H<sub>2</sub> reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
- Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, Lanzoprazol, Pantoprazol
- Gastrointestinal antihemorajikler – Somatostatin veya analogları

10. Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçları

- Topikal anestezikler
- Topikal antibiyotikler
- Topikal midriyatik ajanlar
- Topikal vazokonstriktörler

11. Kardiyovasküler ilaçlar

- Antiaritmik ilaçlar:
- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO), Nitroprussid (IV)
- Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

12. İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstriktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)  
Sodyum bikarbonat (IV)

13. Koagülan ajanlar

- Antikoagülanlar – Fraksiyone heparin ya da düşük moleküler ağırlıklı heparin
- Antiplateletler – Asetil Salisilik Asit 300 mg (PO), Clopidogrel (PO)
- Antikoagülan antidotları – Protamin sülfat

14. Parenteral replasman sıvıları

- %0.9 NaCl, Ringer laktat, %5 Dextroz, %20 Dextroz, %10 Dextroz
- %30 Dextroz, Hipertonik saline - %3 NaCl

15. Psikoterapötik ilaçlar

- Haloperidol (IV), Olanzapin (IV) veya Biperiden (IV)

16. Sedatif – hipnotik ajanlar

- Benzodiazepinler (Diazepam) (IV), (Midazolam) (IV), Alprozolam (PO)
- Barbitüratlar (IV) Thiopental (IV)
- Etomidat (IV)

16. Serumlar, toksoidler, aşılarda ve antiveninler – Tetanoz aşısı

17. Sistemik kullanım için antibiyotikler

- Penisilin (IM) (Benzatin penisilin 1.200.000 IU ve 6.3.3 IU)
- I. kuşak sefalosporinler – sefazolin sodyum (IV)
- III. kuşak sefalosporin (IV), (Seftriakson 1 gr flk)

- Aminoglikozid (IV) (Gentamisin 80 mg amp)
- I. kuşak kinolonlar – Ciprofloksasin (IV)
- II. kuşak kinolonlar – Moksifloksasin ve Levofloksasin (IV)
- Beta Laktamlı Penisilinler (IV)
- Makrolidler (IV) – Klaritromisin
- Metranidazol (IV)

18. İnsülinler ve diyabetik ajanlar

19. Hormonlar ve sentetik alt grupları

- Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
- Glukagon

20. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili ilaçlar

- Rho (D) immün globulin (Rho-Gam)
- Oksitosik ilaçlar

21. Toksikoloji ile ilgili antidotlar

- Atropin (IV)
- Naloksan (IV)
- Flumazenil (IV)
- NaHCO<sub>3</sub> (IV) (TCA Zehirlenmesi)
- N-Asetil sistein (PO veya IV)
- Pralidoksim (IV)

22. Trombolitik ajanlar – Streptokinaz, rt-PA, vb.

23. Narkotik olmayan analjezikler ve antipiretikler

- Parasetamol (PO, IV)
- Steroid olmayan anti-inflamatuar ajanlar (IM, IV)

24. Opiat analjezikler

- Morfin sülfat (IV/IM), Fentanil (IV), Meperidin (IV) vb.

25. Kolinesteraz inhibitörleri

26. Topikal antibiyotikler (örn. Fusidik asit)

27. Topikal kanama durdurucu ajanlar

28. Vitaminler – Vitamin K (IV-IM), Vitamin B1 (Tiamin)

29. Volüm genişleticiler – Sentetik Nişasta ve Jelatin solüsyonları

30. Hiperamonyemi acil tedavisi için

- Neomisin, Metronidazol, Vankomisin
- Laktuloz, Sodyum Benzoat/Sodyum Fenilasetat (PO,IV)
- L-Arginin, L-Karninin

**SORU: Acil servis müşahede odasında uygun düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 8

**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 8

**BOYUTLAR** : YPYD, HGY, SBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**AS.8.1.** Acil serviste müşahadeye alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

**AS.8.2.** Hemşire çağrı sistemi çalışır ve işlevsel olmalıdır. (Müşahade odasında hemşire deski tüm hastaları görecektir şekilde düzenlenmiş ve işlevsel ise muafır.)

### AÇIKLAMA:

Müşahade odasına alınan hastalarda kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır. Hasta bilekliği ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içermeli, tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği ile doğrulanma yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Hemşire çağrı sisteminin çalışır durumda olup olmadığı, hastanın çağrı butonuna kolaylıkla ulaşım ulaşamadığı değerlendirilmelidir. Hemşire deskinin tüm hastaları görecektir şekilde düzenlendiği ve hemşirenin sürekli görev alanında bulunduğu müşahade odalarında hemşire çağrı sistemi aranmamalıdır.

## SORU: Hastaların müşahade odasında kalış süreleri takip ediliyor mu?

**SIRA** : 9  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, TKY, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**AS.9.1.** Hastanın müşahade odasına giriş-çıkış zamanı hasta gözlem formunda ve HBYS sisteminde kayıtlı olmalı ve müşahade kalış süreleri ölçülmelidir.

**AS.9.2.** Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Hasta gözlem formunda; hastanın müşahade odasına giriş ve çıkış zamanının kayıt edildiği alan olmalı ve bu alan doldurulmalıdır. Geriye dönük olarak müşahade gözlem formları değerlendirilerek hastanın giriş çıkış zamanlarının doldurulup doldurulmadığı kontrol edilmelidir. Müşahadeye giriş ve çıkış zamanları HBYS sisteminde kayıtlı olmalı, kalış süreleri ölçülmelidir. Müşahade odasında kalış sürelerinin analizi yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Eğer uygunsuzluklar varsa bu uygunsuzluklara karşı alınan önlemlerin neler olduğu sorgulanmalı ve yapılan iyileştirmelerin etkinliği değerlendirilmelidir.

### KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

Müşahade odası/alanı: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alan.

**SORU: Resüsitasyon odası dışında bulunan acil müdahale setinde ilaç ve tıbbi cihazların kontrolleri yapılıyor mu?**

**SIRA** : 10  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, SBH, HGY, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.10.1.** Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**AS.10.2.** Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Acil müdahale setinde bulunan cihazların günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı (eski kayıtlarda dahil olmak üzere) değerlendirilmelidir. Değerlendirme esnasında bu cihazların çalışıp çalışmadığı bizzati kullanılarak ( ambunun çalışıp çalışmadığı, defibrilatörün şarjının olup olmadığı, laringoskop setinin lambasının çalışıp çalışmadığı, aspiratörün vakumlama yapıp yapmadığı) test edilmelidir.

Acil müdahale setinde bulunan ilaç ve sarf malzemelerin kullanıma hazır olup olmadığı, kontrollerin yapıp yapılmadığı miktar ve miatlarının kontrol edilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

**Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken malzemeler;**

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),

Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve erişkin için),

Değişik boylarda maske,

Oksijen hortumu ve maskeleri,

Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları),

Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),

Enjektörler ve intraketler,

Aspirasyon Sondası (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)

Nazogastrik Sonda (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)

Kişisel koruyucu ekipmanlar

EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.

Ameliyathane, yoğun bakım ve diyaliz gibi özellikli birimlerdeki acil müdahale arabasında ayrıca defibrilatör ve aspiratör de bulunmalıdır. Diğer bölümlerde ise acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilir.

**Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken ilaçlar**



Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,  
Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

Antiaritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid
- Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),

Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)

H<sub>2</sub> reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin

Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.

Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)

Antihistaminikler (IV)

**SORU: Acil serviste hasta tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu ?**

**SIRA** : 11  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD, HDB, TBH, SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.11.1.** Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalıdır ve takip formları fiziki yada elektronik(HBYS) olarak arşivlenmelidir.

**AS.11.2.** Hasta gözlem ve takip formlarına hekimin adı soyadı, tarihi,saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu içerecek şekilde order ve istenen tetkikler yazılmalıdır.

**AS.11.3.** Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.

**AS.11.4.** İ.V. olarak ilaç/serum infüzyonu uygulanıyorsa verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

#### **AÇIKLAMA:**

Acil serviste hasta takip ve gözlem formu kullanılmalıdır. Bu formda hastanın adı soyadı, Őikâyet ve hikâyesi, fizik muayene bulguları, ön tanı, istenen tetkikler, yapılan tıbbi girişimsel işlemler, hekim tedavi planı, hekim imza ve kaşesi, hemşire izlem kayıtları ve imzası, müşahede odasına alınış ve çıkış saati bilgilerini içermelidir. Geçmişe dönük gözlem formları istenerek bu formların ne şekilde arşivlendiği sorgulanmalıdır.

Acil serviste müşahede odaları ve varsa yoğun bakımlarında hastaların gözlem ve kayıt formları incelenmelidir. Doktor orderları, hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi ve dozu içerecek şekilde verilmesi gerekmektedir.

Gözlem formlarında hastaya uygulanan ilaçların ismi, uygulanma zamanı, dozu uygulama şekli ve uygulayanın ismi kayıt altına alınmalıdır. Tüm parenteral ilaç uygulamalarında ilacı hazırlayan hemşire, mutlaka uygulamayı da kendisi yapmalı, başkasının hazırladığı ilacı uygulamamalıdır. Değerlendirme esnasında gözlemciler tarafından hekim orderı ile hemşire gözlem ve tedavi formları karşılaştırılmalı, verilen tedavi ile uygulanan tedavilerin uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Hastaya uygulanan serum infüzyonlarında, mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu ve standart bir etiket veya yazı ile yazılmış olup olmadığı, gözlemciler tarafından hastalara ait kayıtlar, formlar ve mayi etiketlemeleri incelenmeli, eksiklikler olup olmadığı değerlendirilmelidir. İçinde ilaç olmayan boş serum infüzyonlarında da yukarıdaki bilgileri içeren etiket kullanılmalıdır.

#### **KAYNAK:**

**YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ.**

Madde: 71, 132/b

Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışarıdan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iâşe maddeleri yazılmalı, tabelada yazılı ilaç, tedavi ve sair tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlemelidir. Hemşireler hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlü olup, hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

**SORU: Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu?**

**SIRA** : 12  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, HED, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**AS.12.1.** Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı ayrı ölçülmelidir. Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.

**AS.12.2.** Analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından acil servise konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin acil servise geliş saatlerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, mesai içi ve mesai dışı branş ve uzman hekim esaslı analizlerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Aylık yapılan analiz raporları yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirme sonrasında uygunsuzluklar varsa alınan tedbirlerin neler olduğu ve etkinliği de gözlemciler tarafından gözden geçirilmelidir.

### KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

1.1. Acil Servis Hizmet Sunumu Süreci

1.1.4 Acil serviste çalışan personelle ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

e) Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.

## SORU: Acil servis branş nöbetleri uygun şekilde tutuluyor mu?

**SIRA** : 13  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 13  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**AS.13.1.** Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için acil branş nöbeti düzenlenmelidir. (Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler acil branş nöbetine dahil edilmez.)

### AÇIKLAMA :

Gözlemciler tarafından aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda acil branş nöbetinin tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir. Nöbet listeleri istenerek anlık ve geriye yönelik kayıtlar incelenmelidir. Her branş nöbetçi uzmanı için acil serviste oda oluşturulması fiziki açıdan uygun olmayan sağlık tesislerinde, branş nöbeti tutan

uzman hekimin, hastane içinde kolay ulaşılabileceği kendi servisleri ya da görev yerlerinde olmaları da yeterli kabul edilmelidir. Acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardioloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir.

#### **KAYNAK:**

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).**

#### **Acil servis nöbetleri**

##### **MADDE 12 –**

(1) Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır.

(2) Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur.

(3) Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir.

(4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardioloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.

(5) Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır.

(6) Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur.

(7) Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir.

(8) Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir.

(9) Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur. İcap nöbetçisi uzman tabibin sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu

tabibi veya nöbetçi uzman tabibince karar verilir. Sağlık tesisine davetin bizzat bu tabiplerden birisi tarafından yapılması esastır.

(10) Müstakil acil branş nöbeti ile yükümlendirilen uzman tabipler ayrıca icap nöbetine dahil edilmez. Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulur. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar verir.

(11) Dal hastaneleri için; hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği bir veya birden fazla branşta bu maddede belirtilen esaslara uygun olarak 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil branş nöbeti düzenlenir. Uzman tabip sayısının branş nöbeti için yeterli olmaması hâlinde personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre acil servis nöbetlerinin ne şekilde yürütüleceğine yine bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak baştabip karar verir. Acil branş havuz nöbeti tutan uzman tabiplerden biri aynı zamanda idari uzman tabip nöbetçisi olarak baştabipçe görevlendirilebilir.

(12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

#### **SORU: Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?**

**SIRA** : 14  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 14  
**BOYUTLAR** : YPYD, ÇHG, İMH, TGY, HAH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.14.1.** Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve 24 saat hizmet verilmelidir.

**AS.14.2.** Kamera sistemi acil servis giriş ve çıkışlarında dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti gözönüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamalıdır.

**AS.14.3.** Tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Acil serviste güvenlik hizmetinin 24 saat süreyle acil girişine hâkim, uygun alanda verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Gözlemciler tarafından 2 ay öncesine ait kayıtlar izlenerek kayıt süresi değerlendirilmelidir.

Geçmişe yönelik acil servis kamera kayıtları gece saatlerini içerecek şekilde değerlendirilerek acil servisin aydınlatma, güvenlik ve karşılama yönlendirme hizmetleri de kontrol edilebilir.

Kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve yeterliliği değerlendirilmelidir.

Acil serviste resüsitasyon odası, travma odası, müdahale odası gibi tıbbi işlemlerin gerçekleştiği alanlara yetkili personel dışında erişimin kısıtlanma durumu değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).

**MADDE 10:**

Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur.

**SORU: Acil servisten hizmet alan hasta ve yakınları için bekleme alanları mevcut mu?**

**SIRA** : 15  
**BÖLÜM ADI** : ACİL SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 15  
**BOYUTLAR** : YPYD, HAH, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**AS.15.1.** Hasta ve yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Acil servislerde hizmet alan hasta ve yakınları için uygun konumda, yeterli oturma ve bekleme alanlarının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (16.10.2009).

**MADDE 5**

ç) Acil servislerde, acil servisin seviyesine göre Ek-1’de belirtilen asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur.

# POLİKLİNİK

**SORU: Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?**

**SIRA** : 16  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.1.1.** Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.

**P.1.2.** Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri ve mevcut uygulamalar hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

**P.1.3.** Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Hasta Kayıt Birimi poliklinik girişinde veya girişe yakın bir alanda, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde olmalıdır. Hasta kayıt biriminin her yönden rahatlıkla okunabilecek şekilde bir tabelası bulunmalıdır. Hasta ile iletişimi sağlayacak (Hasta ve görevli arasında iletişimi engelleyecek cam veya farklı bir separatör olmamalıdır) şekilde olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta kayıt görevlisine aldığı eğitimler sorularak, uygulamalar hakkındaki bilgisi değerlendirilmelidir. Öncelikli hasta gurubu kimlerdir ? Tomografi randevusu nereden alabilirim ? Hastanedeki uzmanlık alanları nelerdir? v.b

Gözlem esnasında hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin (ev/cep telefonu vb.) güncellenmiş olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2. Poliklinik Hizmetleri

2.1.2. Poliklinik içerisinde düzenlenecek Hasta Kayıt Birimi hizmet sunumu için gerekli şartları taşınmalıdır.

a)Hasta Kayıt Birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı, birimin her yönden kolaylıkla fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.

b)Hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.

f)Hasta Kayıt Birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.

g)Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.



**SORU: Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmiş mi?**

**SIRA** : 17  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : HAH, YPYD, TBH, İMH, HED

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**P.2.1.** Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri web sayfasında, poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Hastane web sayfasında poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin olup olmadığı değerlendirme öncesinde veya gözlem esnasında incelenmelidir. Poliklinik bina/kat girişi ve hasta kayıt biriminde hastaların görebileceği bir şekilde poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin ilan edilip edilmediği gözlemlenmelidir. Belirlenen saatlere uyulup uyulmadığı gözlemciler tarafından izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

2. Poliklinik Hizmetleri

(7)- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri belirlenerek, hastaların görebileceği bir şekilde ilan edilir. Belirlenen poliklinik başlama ve bitiş saatlerine uyularak, poliklinik hizmetleri kesintisiz olarak yürütülür.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ (1983)

I - TIBBİ HİZMETLER

A – Poliklinik Hizmetleri :

Madde 12 – (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.)

Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri baştabiplikçe belirlenerek duyurulur ve belirlenen saatler içerisinde kesintisiz olarak sürdürülür. Polikliniklerde değerlendirilecek günlük hasta adedi branşlara, tabip sayısına ve hizmetin gereğine göre baştabip tarafından tespit edilebilir.

**SORU: Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 18  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD, HAH, İMH  
**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.3.1.** Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

**P.3.2.** Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinin büyüklüğüne ve hasta yoğunluğuna göre karşılama yönlendirme personeli sayısı değerlendirilmeli, yaka kartlarının takılmış olduğu, personelin diğer personelden ayırt edici kıyafet(Farklı renkli veya amblemlı ceket, fular, kravat vb.)giydiği gözlemlenmelidir. Karşılama yönlendirme personeline hasta memnuniyeti, kişilerarası ilişkiler, iletişim becerileri konusunda eğitim verilip verilmediği hem kayıtlar üzerinden hem de teorik olarak bazı sorular yöneltilerek değerlendirilmelidir. Karşılama yönlendirme hizmetinin etkin yapılp yapılmadığı eski kamera kayıtları incelenerek de değerlendirilebilir.

Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda, ihtiyacı olan hastalara hizmet verecek şekilde konumlandırılmalıdır.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2. Poliklinik Hizmetleri

2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci

2.1.4. Sağlık tesisi hasta karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunmalıdır.

b) Sağlık tesisi ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

d) Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda eğitim verilmelidir.

e) Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

**SORU: Polikliniklerde bekleme salonlarında uygun düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 19

**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK

**BÖLÜM SIRA NO** : 4

**BOYUTLAR** : YPYD, HAH, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.4.1.** Yeterli havalandırmaya sahip olmalıdır.

**P.4.2.** Yeterli aydınlatmaya sahip olmalıdır.

**P.4.3.** Bekleme salonlarında hasta sayısına göre yeterli oturma grupları bulundurulmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Bekleme alanlarında hasta yoğunluğunun fazla olduğu saatlerde gözlem yapılarak pencerelerin olup olmadığı eğer pencere yok ise havalandırma için gerekli düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı gözlemlenmelidir.

Bekleme alanlarının yeterince aydınlık olup olmadığı ,aydınlatmanın yetersiz olduğu yerlerde aydınlatmanın yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Gözlemciler tarafından poliklinik bekleme alanlarında yeterli oturma gruplarının bulunması, polikliniğin yoğun olduğu saatlerde ayakta bekleyen hasta ve yakını olup olmaması, bekleme gruplarının hasta ve yakınlarının ihtiyaçları ile sağlık tesisinin fiziki koşullarının göz önüne alınarak dağılımının yapılmış olması gibi kriterlere göre değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2.1.4 a) Poliklinik bekleme alanlarında sağlık tesisine başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak kalite esaslarına uygun sayıda oturma grupları olmalıdır.

2.1.16. Poliklinik alanlarının hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir.

**SORU: Poliklinik hizmetlerinde öncelik grubuna giren hastalara yönelik gerekli düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 20  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : HAH, YPYD, İMH, HED

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.5.1.** Poliklinik hizmeti almak için hastaneye başvuran öncelikli hastalar grubu ilan edilmelidir.

**P.5.2.** Hasta kayıt kabul birimi tarafından kayıt işlemleri öncelikli olarak gerçekleştirilmelidir.

**P.5.3.** Yaşlı ve engelli vatandaşların öncelikli oturmalarını sağlayacak (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları vb.) düzenlemeler olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

“Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge” kapsamına giren hasta gurubu listesinin sağlık tesisinde monitörlerde ilan edilmiş olması veya hastaların kolaylıkla görebileceği bir yerde bulunup bulunmadığı gözlemlenmelidir . Öncelikli hasta grubu aşağıda belirtilmiştir:

- a) Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
- b) Özürlüler (Değişik 2010/80 sayılı Genelge),
- c) Hamileler,

- d) 65 yaş üstü yaşlılar,
- e) Yedi yaşından küçük çocuklar,
- f) Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler.

Ayrıca kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakalarda; savcılık veya kolluk kuvvetince önceden sağlık kurum/kuruluşuna bildirim yapılmalı ve randevu alınmalı, bu suretle sağlık kurum/ kuruluşunda sağlık hizmeti aksatılmadan ve diğer hastalar mağdur edilmeden gerekli işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.

“Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge” kapsamına giren hasta gurubuna öncelik verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Bekleme alanlarında yaşlı ve engelli hastaların ayakta kalmamaları için oturma alanı ayrılmış olması, oturma grupları üzerinde hastaları uyarıcı ve bilgilendirici işaretlemelerin bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

#### **KAYNAK:**

TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

POLİKLİNİK HİZMETLERİNDE ÖNCELİK SIRASI HAKKINDA GENELGE (2010/73-80):

Genel hizmetin aksamasına meydan vermeyecek şekilde poliklinik muayenelerinde öncelik sırası alacak gruplar aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmiştir.

- a) Acil vakalar (Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılması gerektiğine hekim tarafından karar verilen vakalar),
- b) Özürlüler (Değişik 2010/80 sayılı Genelge),
- c) Hamileler,
- d) 65 yaş üstü yaşlılar,
- e) Yedi yaşından küçük çocuklar,
- f) Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malül ve gaziler.

Ayrıca kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakalarda; savcılık veya kolluk kuvvetince önceden sağlık kurum/kuruluşuna bildirim yapılmalı ve randevu alınmalı, bu suretle sağlık kurum/ kuruluşunda sağlık hizmeti aksatılmadan ve diğer hastalar mağdur edilmeden gerekli işlemlerin yapılması sağlanmalıdır.

**SORU: Hekimlerin günlük ve aylık poliklinik çalışma listeleri poliklinik danışma birimlerinde bulunuyor mu?**

**SIRA** : 21  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, TBH, İMH, SBH,HAH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.6.1.** Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri oluşturulmalıdır.

**P.6.2.** Günlük ve aylık hekim çalışma listeleri hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerinde bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Hekimlerin günlük ve aylık çalışma listelerinin varlığı HBYS veya evrak bazında kontrol edilmelidir. Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.

Gözlemciler hekimlerin günlük ve aylık çalışma listelerinin hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma, halkla ilişkiler birimlerinde bulunup bulunmadığına bakmalıdır. Sağlık tesisi web sitesinde bu listelerin yayınlanıp yayınlanmadığı incelemelidir. Elektronik veya manüel olarak hazırlanmış listeden seçilen hekimlere kayıt yapılarak o gün çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2.1.6.Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

a) Hekim seçme logosu sağlık tesisi girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.

b) Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.

c) Her klinisyene en az bir oda tahsis edilmelidir.

d) Hekim seçme hakkını hastaların kullanabilmesi için görülebilecek bir yere, o gün poliklinikte görevli hekimlerin çalışma programı asılır. Elektronik veya el ile yazılarak pano güncellenir. Bu işlemleri düzenlemek, poliklinik yönetici sekreterinin sorumluluğu altındadır. Hasta, talep edilmesi halinde seçtiği hekimin polikliniğine yönlendirilir.

2.SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE(17.10.2007/9379):

Madde 5- (1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda;

a)Temel hasta haklarından olan, hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan hekimi seçme ve değiştirme hakkının kullanılabilmesini sağlamak amacıyla, kurumlarda hastanın hekim seçmesine imkân tanınması,

g) Hekim seçme ve değiştirme hakkı kapsamında hastaya talebi halinde kendisine sağlık hizmeti veren veya verecek olan hekimlerin kimlikleri, görev ve ünvanları hakkında bilgi verilmesi,

Hekim çalışma tabloları

Madde 10- (1) Poliklinik sekreterliklerinde Ek-1'deki Günlük Hekim Çalışma Tabloları ve Ek-2'deki Aylık Hekim Çalışma Tabloları bulunur. Ayrıca varsa kurumun resmi internet sayfasında; hekimlerin adı-soyadı, unvanı, uzmanlık alanı ve yan dal ihtisası bilgileri bulundurulur. Hekimlerin isteği halinde özgeçmişine ve fotoğrafına da internet sayfalarında yer verilebilir. Çalışma tabloları kurumun internet sayfasında ilan edilir ve ayrıca hasta kabul/poliklinik sekreterliği, santral, danışma ve halkla ilişkiler gibi bilgilendirme birimlerine verilir. Baştabip tarafından onaylanan Günlük ve Aylık Hekim Çalışma Tabloları

Müdürlüklere gönderilir. Müdürlükler tarafından çalışma tablolarındaki programlara uyulup uyulmadığı denetlenir.

**SORU: Muayene odası girişlerinde uygun düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 22  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, HAH, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.7.1.** Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasını görülebilmesi için, elektronik sistem kurulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

**P.7.2.** MHRS ve öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.

**P.7.3.** İsmnin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Her muayene odası girişinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için kullanılan elektronik sistemin çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Genelgede yayımlanan öncelikli hasta gurubu ve MHRS hastalarının monitörlerde ilan edilip edilmediği gözlemlenmelidir.

İsmnin açıklanmasını istemeyen hastalara yönelik hasta kayıt personelinin bilgisi değerlendirilmeli ve bu süreç gözlemlenmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

2. Poliklinik Hizmetleri

2.1.8. Muayene odaları gereken şartları taşıyacak şekilde düzenlenmelidir.

a) Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.

b) Her poliklinikteki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görülmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulur.

2.SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (17.10.2007/9379):

Madde 8:

b) Poliklinik oda kapılarına hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılır. Her poliklinikteki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görülmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulur.

**SORU: Hastaların hizmet alanlarına erişimi için düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 23  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, İMH, SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.8.1.** Poliklinik bina ve kat girişlerinde yönlendirme levhaları bulunmalı ve yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.

**P.8.2.** Hastadan istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına yazılı bilgilendirme yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde; Poliklinik, bina ve kat girişlerinde yönlendirme levhaları bulunmalı, levhalar güncel olmalı hastalar tarafından kolay görülebilecek yerde ve büyüklükte olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisinin büyüklüğü nedeniyle hastalara sağlık tesisi içinde istenen tetkik ve işlemlerin hastanenin hangi biriminde yapılacağı ve birimlerin konumu ile ilgili hastaya/hasta yakınına doğru yönlendirme yapmak amacıyla yazılı bilgilendirme yapılmalıdır. (D ve E1 rolündeki hastaneler muafır.) Bu yazılı bilgilendirme küçük ve basit krokiler şeklinde olabilir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2. Poliklinik Hizmetleri

2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci

2.1.4.b) Sağlık tesisi ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

**SORU: Sağlık tesisinde, niteliklere uygun bebek bakımı ve emzirme odası var mı?**

**SIRA** : 24  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : İMH, HAH, YPYD, SBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**P.9.1.** Poliklinik alanında havalandırma ve aydınlatması yeterli seviyede bebek bakımı ve emzirme odası olmalıdır.

**P.9.2.** Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.

**P.9.3.** Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme yeri olmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Poliklinik alanında hastaların kolaylıkla ulaşabileceği tercihen çocuk polikliniklerine yakın alanda konumlandırılmış havalandırması pencere veya klima ile sağlanan ve yeterli aydınlatması olan emzirme odasının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Emzirme odasında; emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Lavabo, sabun, kâğıt havlu ve alt değiştirme gibi düzenlemelerin olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Emzirme odasında mahremiyeti sağlamak için gerekli düzenleme yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

### KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

2.1 Poliklinik Hizmeti Sunum Süreci

2.1.12.Sağlık tesisindeki poliklinik alanlarında, hasta ve yakınlarının mahremiyeti göz önünde bulundurularak uygun koşulları içeren bir emzirme odası oluşturulur.

**SORU: MHRS 'den randevu alan hastaların, zamanında muayene olmaları için gerekli düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 25

**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK

**BÖLÜM SIRA NO** : 10

**BOYUTLAR** : YPYD, HED, İMH, TBH, TKY

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**AS.10.1.** MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için gerekli önlemler alınmalıdır

**AS.10.2.** MHRS den randevu alan hastaların randevu saati ile muayene oldukları saat arasındaki süre ölçülerek 30 dakikayı geçen gecikmeler hekim bazlı analiz edilmeli, sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır.

### AÇIKLAMA:

MHRS'den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için ayrılmış hasta kabul birimi veya öncelikli numara alma sistemi vb. düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı gözlemlenmelidir.



Polikliniklerde, MHRS randevusu verilen hastalardan örneklem seçilir. Hasta muayene zamanının gerçek zamanlı muayene olup olmadığı sistem üzerinden hastanın kabul edildiği değil muayeneye alındığı saat dikkate alınarak kontrol edilmelidir. Randevu zamanı ile muayene olduğu zaman arasındaki farkın 30 dakikayı geçip geçmediğine HBYS 'den bakılmalıdır.30 dakikayı geçen gecikmeler hekim bazlı analiz edilmeli sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmeli ve gereken önlemler alınmalıdır. Gecikme nedenleri ve iyileştirme çalışmalarına ait kayıtlar incelenmelidir.

**KAYNAK:**

MERKEZİ HASTANE RANDEVU SİSTEMİ ÇALIŞMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNERGE (2012):

Hastane MHRS İşleyişi MADDE 9 – (1) Detayları EK 2 de tanımlanan hekim çalışma cetvellerinin düzenli olarak hazırlanması ve sisteme girişi sağlanır. (2) Randevulu gelen hastaların vaktinde ve randevu aldığı hekim tarafından muayene olmaları için gerekli tedbirler alınır. Hastaneler MHRS ile ilgili olarak tüm personeline gerekli eğitimleri verir.

**SORU: Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?**

**SIRA** : 26  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, İMH, TBH, HAH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.11.1.** Numune alma birimleri, polikliniklere yakın bir yerde, yeterli sayıda ve kolay ulaşılabilir olmalıdır.

**P.11.2.** Sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.

**P.11.3.** Kan alma biriminde yeterli sayıda kolçaklı, pozisyon verilebilen kan alma koltukları olmalıdır.

**P.11.4.** Laboratuvar testlerinin sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında hastaya yazılı bilgi (Barkod vb.) verilmelidir.

**P.11.5.** Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verilme süreleri hastaların görebileceği şekilde ilan edilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem bulunmalı ve çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Kan alma birimlerinde hasta yoğunluğuna göre yeterli sayıda kolçaklı, pozisyon verilebilen kan alma koltukları bulunmalı ve işlevsel olduğu değerlendirilmelidir.

Kan alma biriminde çalışılan laboratuvar testlerinin sonuç verme sürelerinin hastaların görebileceği şekilde ilan edilip edilmediği değerlendirilmelidir. (Dış laboratuvar hizmet alımları da dahil)

Laboratuvar testlerinin sonuçlarının ne zaman çıkacağı hakkında hastaya yazılı bilgi (Barkod vb.) verilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

17.1. Numune Alma Hizmetleri Sunum Süreci

17.1.1. Numune alım hizmetlerinin sunumu için gerekli koşullar sağlanmalıdır.

a) Numune alma birimleri, polikliniklere yakın bir yerde, yeterli sayıda ve kolay ulaşılabilir şekilde planlanır. Numunelerin alındığı birimlerde, hastanın engelli durumu, rahatı ve kişisel gizliliğine dikkat edilmelidir.

h) Numune alma hizmet sunumu prosedürleri oluşturulurken, hasta mahremiyetine maksimum önem verilmeli, uygun ve temiz fiziki ortamlarda ve tıbbi gereklilikler doğrultusunda hastanın rahatı ön planda tutulmalıdır.

**SORU: Gebe Bilgilendirme Sınıflarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 27  
**BÖLÜM ADI** : POLİKLİNİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : SBH, HED, TBH, ÇED, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**P.12.1.** "Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi" almış en az iki sağlık personeli (1 doktor/1 ebe/hemşire) görevlendirilmiş olmalıdır. (Eğitimli personel bulunmaması durumunda "Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi"ni alana kadar hastanedeki sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından da eğitim yürütülebilir.)

**P.12.2.** Gebe polikliniklerine yakın olacak şekilde gebe bilgilendirme sınıfı oluşturulmalı, sınıfta gerekli eğitim materyalleri bulunmalıdır.

**P.12.3.** Gebe sınıfına başvuran gebelere, 3 oturum şeklinde eğitim düzenlenerek kayıt altına alınmalı, mezun olan her gebeye katılım belgesi düzenlenmelidir. Gebelere verilen eğitim sonrası "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Katılımcı Bilgi Formu" doldurularak dosyalanmalıdır.

**P.12.4.** Gebe Bilgilendirme Sınıfına başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezeryan, ölü doğum vs.) takibi yapılmalı ve her ayın 7 'sine kadar genel sekreterliğe bildirim sağlanmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gebe Bilgilendirme Sınıfında: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2014/28 sayılı Genelgesi ekinde oluşturulan Gebe Bilgilendirme Sınıfı standartlarında belirtilen " Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi" almış en az iki sağlık personelinin (1 doktor, 1 ebe/hemşire)

görevlendirmesinin yapılmış olup olmadığı değerlendirilir.(Eğitimli personel bulunmaması durumunda "Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi"ni alana kadar hastanedeki diğer sağlık personeli (doktor, ebe/hemşire) tarafından da eğitim yürütülüyorsa olumlu değerlendirilir.)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2014/28 sayılı Genelgesi ekinde oluşturulan "Gebe Bilgilendirme Sınıfı" standartlarında belirtilen ;Gebe Bilgilendirme Sınıfında en az 10 en fazla 20 kişinin oturabileceği sandalye/koltuk bulundurulmalı, ortamın aydınlatması ve havalandırılması yeterli olmalıdır. Gebe polikliniklerine yakın olacak şekilde konumlandırılmalıdır. Fiziki alan yetersizliği nedeniyle gebe polikliniklerine yakın bir alanda oluşturulamaması durumunda, kolay erişimin sağlandığı ve gerekli yönlendirmelerin yapıldığı sağlık tesislerinde olumlu olarak değerlendirilir. Tercihen eğitimlerde kullanılmak üzere, bilgisayar, projeksiyon, internet bağlantısı, masa, eğitim materyalleri, (et bebek, uterus vb) kırtasiye malzemeleri ile güncel bilgilendirme broşürleri bulunmalıdır. Sağlık tesisinde bulunan Gebe Bilgilendirme Sınıfında belirtilen standartlara uygunluğu değerlendirilmelidir.

Gebe sınıfına başvuran gebelerin eğitimleri 3 oturum şeklinde (1. oturum gebelik süreci, 2. oturum doğum süreci ve doğum ağrısıyla başetme, 3. oturum doğum sonu dönem ve yenidoğan bakımı) düzenlenmelidir. Planlanan eğitim kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir.

Gebe Bilgilendirme Sınıfına başvuran ve eğitim alan gebelerin gebelik sürecinin takip kayıtlarının genel sekreterliğe bildirimini gösteren kayıtları incelenerek kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi 2014/28.

# GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

**SORU : Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 28  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, İMH, HAH, ÇHG, TBH,

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**G.1.1.** Hasta yoğunluğunun fazla olduğu sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

**G.1.2.** Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.

**G.1.3.** Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

**G.1.4.** USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

**G.1.5.** Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara çekim esnasında dışardan girişleri engellemek amacıyla önlem alınmalı ve bir hastanın işlemi bitmeden başka hasta alınmamalıdır.

**G.1.6.** Tetkik odalarının havalandırılması aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sistemi ile sağlanmalıdır.

**G.1.7.** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlarda, iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sistemi bulunmalıdır.

**G.1.8.** Kumanda ünitesinin çekim odasının dışında olması durumunda, oda duvarına hastayı görebilecek şekilde kurşun eşdeğerli camı bulunan bir pencere açılmalıdır.

**G.1.9.** Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan bir paravan veya kurşun yalıtımlı duvar bulunmalıdır.

**G.1.10.** Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde HBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistemin çalışır durumda olduğu ve aktif olarak kullanıldığı gözlemlenmelidir.

Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik olarak soyunma kabinlerinin oluşturulması veya perde/paravanla ayrılmış alanın bulunması ve hastaların çekim odasına teker teker alınması için yapılan düzenlemeler gözlenmelidir.

Soyunma odası veya alanlarında askılık, çöp kutusu ve kağıt havlu bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.

USG muayene odalarında, muayene masası üzerinde kullanılan örtülerin her hastada değiştirilmesi sağlanmalıdır. USG esnasında hastanın üzerinin örtülmesi için özel önlük/örtü

kullanılmalıdır. USG odasında hastanın kullanımı için kağıt havlu bulundurulmalıdır.

Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalara çekim esnasında bir hastanın işlemi devam ederken aynı anda başka hasta alınmamalıdır. Dışarıdan başka hastaların kontrolsüz girişlerini engellemek amacıyla önlem alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Radyasyon yayan cihazlarla yapılan tetkik işlemlerinin yapıldığı odalarda aspiratör, vasistas tipi pencere veya merkezi havalandırma sisteminin olup olmadığı ve çalışır durumda olduğu, , iyonize havanın dışarıya atılmasını sağlayan zemine yakın yerleştirilmiş aspirasyon sisteminin bulunup bulunmadığı değerlendirilir.

Kumanda odasında kurşun eşdeğerli cam olması veya standartlara uygun kurşun paravan/kurşun yalıtımlı duvar kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.

Kumanda ünitesinin çekim odasının içinde olması durumunda, kumanda ünitesi hasta masasından en az 200 cm uzaklığa yerleştirilmeli ve önüne üzerinde kurşun eşdeğerli cam penceresi olan bir paravan veya kurşun yalıtımlı duvarın olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Görüntüleme ünitesine en yakın yerde hastaların oturabileceği bekleme alanlarının olup olmadığı değerlendirilir.

#### **KAYNAK:**

##### **1.RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ.**

Madde 15:

Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda aşağıda belirtilen radyasyon uyarı levhaları bulunması zorunludur:

- 1)Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri (Ek-3).
- 2) Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde göstermek üzere gerekli bilgi, simge ve renkleri taşıyan işaretler,
- 3) Denetimli alanlar içinde radyasyon ve bulaşma tehlikesi bulunan bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı işaretleri.

##### **2.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ 2013**

##### **TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**

##### **5.1. Görüntüleme Hizmet Sunumu Süreci**

Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.

##### **4.TÜRKİYE ATOM ENERJİSİ KURUMU;**

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen, 6.5.1939 tarih ve 4201 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış Radyoloji, Radyom Ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamnamenin 2nci maddesinde “Röntgen teşhis ve tedavi odaları, müesseselerin mevcut tesisatlarına göre çalışmaya mani olmayacak genişlikte olacak ve havayı kolayca değiştirebilecek tertibatı haiz bulunacaktır.”, 3üncü maddesinde ise “Mesaisi çok ve devamlı

olan röntgen laboratuvarlarında hava değiştirme tertibatı, odanın havasını saatte on defa değiştirecek kabiliyette olacak ve nitrö gazların boşaltılması için konulacak aspiratörler zemine yakın yerde bulunacaktır. Ayrıca, Bayındırlık ve İşkan Bakanlığı'nın 31.05.2005 tarih ve 738 sayılı Sağlıkta Dönüşüm Projesi Genelgesi'nde "Röntgen, yer döşemesi, mermer, granit veya granit seramik v.b. sert malzemeden olacak, duvarlarda kurşunlama yapıldıktan sonra çift kat alçıyla kaplanıp saten alçı çekilerek yağlı boya yapılacaktır. Kumandanın olduğu mahaldeki camlar ışın geçirmez olacaktır. Ayrıca bu mahallerdeki şuayı dışarı atabilmek için alt seviyeden emiş konularak ve dışarı atış için aspiratör konulması gerekmektedir." hükmü yer almaktadır.

**SORU: Sağlık tesisinde bulunan radyoloji ünitelerinin TAEK lisansı var mı?**

**SIRA** : 29  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD, İMH, TBH

**DEğERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**G.2.1.** Sağlık tesisinde bulunan radyasyon yayan cihazların (direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre, seyyar röntgen cihazı, skopi vb.) TAEK lisansı güncel olmalıdır.

**G.2.2.** TAEK lisansı üzerinde bulunan radyasyon sorumlusu sağlık tesisinde görevli olmalıdır. (Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılmalıdır.)

**G.2.3.** TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından direkt röntgen, bilgisayarlı tomografi, mamografi, kemik mineral dansitometre, seyyar röntgen cihazı, skopi, periapikal/panoramik, vb. cihazlarının TAEK lisanslarının vize süreleri incelenmeli, her cihaz için vize sürelerinin uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

TAEK lisansı üzerinde bulunan Radyasyon sorumlusunun değişmesi halinde TAEK lisansının vize edilmesi için başvuru yapılıp yapılmadığı değerlendirilir. Hizmet alımı yapılan sağlık tesislerinde G.2.2 unsuru muaf olarak değerlendirilecektir.

Randomize olarak seçilen cihazlarda, TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarasının uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

SAğLIK HİZMETLERİNDE İYONLAşTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIşAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIşMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

Madde 5:

(1)Tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının alınması, bulundurulması ve kullanılması 9.7.1982 tarihli ve 2690 sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu ve 24.7.1985 tarihli ve 85/9727 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe giren Radyasyon Güvenliği Tüzüğü gereğince TAEK tarafından verilen lisansa bağlıdır.  
(2)İdare, tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının teslim alınması, bulundurulması, çalıştırılması, kullanılması ve radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların bertaraf edilmesine ilişkin idari ve teknik düzenlemeleri Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği ve 21.7.1994 tarihli ve 21997 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği ile 2.9.2004 tarihli 25571 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik doğrultusunda yerine getirmekle yükümlüdür.

**SORU: Radyoloji ünitelerinde çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 30  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : TBH, İMH, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**G.3.1.** Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşınmalı ve ölçüm kayıtları kontrol edilmelidir.

**G.3.2.** Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ/tebellüğ edilmelidir.

**G.3.3.** Radyoloji ünitesinde çalışan personele 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma , yılda 1 kez de tiroid fonksiyon testleri ve tiroid USG, göz ve dermatolojik muayene yapılmalı ve yapılan tetkikler ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.

**G.3.4.** Çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla kişisel koruyucu malzemeler(kurşun önlük,çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) kullanılmalı ve uygun şekilde muhafaza edilmelidir.

**G.3.5.** Kişisel koruyucu ekipmanlar en az yılda bir defa ve gerektiğinde floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrol edilmeli ve sonuçları Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilmelidir.

**G.3.6.** Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.

**G.3.7.** Kontrastlı tetkik ve invaziv girişimsel işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek mesafede bulundurulmalıdır. Acil müdahale setinin kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.



## **AÇIKLAMA:**

Radyoloji ünitesinde çalışan personelin kişisel dozimetre taşıdığı ve ölçüm kayıtlarının bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Dozimetre ölçüm sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele tebliğ, personel tarafından da tebellüğ edilip edilmediği değerlendirilir.

Sağlık taramalarında istenilen tetkiklerin ilgili branş uzmanlarınca değerlendirilerek kayıt altına alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

Yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman (kurşun önlük, çocuk ve erişkin boylarında tiroid ve gonad koruyucu vb.) bulunmalı ve uygun şekilde muhafazasının sağlandığı gözlemlenmelidir.

Kişisel koruyucu ekipmanların listesi ve periyodik kontrol kayıtlarının olup olmadığı , sonuçlarının Radyoloji uzman hekimi tarafından değerlendirilip değerlendirilmediği gözlemlenmelidir.

Sağlık tesisinde bulunan bütün kişisel koruyucu ekipmanların (önlük, tiroid, gonad koruyucu) üzerinde tanımlama yapılmalı ve bu tanımlamaya uygun koruyucu ekipman listesi oluşturulmuş mu değerlendirilmelidir.

Kontrastlı tetkik ve invaziv işlem yapılan radyoloji ünitelerinde acil müdahale setinin kolay ulaşılabilirliği ve kontrol kayıtlarının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

## **KAYNAK :**

### **1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK**

Denetimli alanlarda görev yapan personelin hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılır. Hamilelik durumu ortaya çıkan personel, bu durumunu ilgili birim amirine derhal yazılı olarak bildirir. Hamile personelin yıllık doz limitleri, Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde belirlenmiş toplum için doz limitlerini aşamaz. Çalışma şartları bilfiil denetimli alanları kapsamayacak şekilde düzenlenir. Emzirme dönemindeki personel, radyo iyodun solunması veya sindirim yoluyla alınması riski taşıyan nükleer tıp alanında ve benzeri bulaşma riski taşıyan işlerde çalıştırılmaz. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir. Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1'deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.

İdare, personelin sağlığını korumak, doz aşımına maruz kalmasını önlemek ve iş güvenliğini sağlamak için işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizatı eksiksiz bulundurmak ve bu Yönetmelik hükümlerini yerine getirmekle; personel de gerekli korunma tedbirlerine uymakla yükümlüdür.

- Kurşun önlük,
- Kurşun gözlük,
- Kurşun eldiven,
- Tiroid koruyucu,

Koruyucu paravan gibi ekipmandır.

Radyasyon eldiveni elin radyasyona maruz kalınması riskine karşı floroskopi veya radyografi kullanımını gerektiren teşhis amaçlı kalp kateterizasyonları, koroner anjioplasti, jinekoloji, üroloji, floroskopik muayene işlemleri, ağrı yönetimi uygulamalarında kullanılır.

## 2.RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ

### Kişisel Dozimetre Zorunluluğu

Madde 21 – (Değişik: RG-3.6.2010-27600)(1)

Çalışma Koşulu A durumunda görev yapan kişilerin, kişisel dozimetre kullanması zorunludur. Dozimetri hizmeti, Kurum ve Kurum tarafından uygun görülen kuruluşlar tarafından verilir ve dozimetrik değerlendirme sonuçları merkezi doz kayıt sistemine işlenir.

Dozimetri hizmeti verecek kuruluşların uygunluk ölçütleri ile çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.

### Koruyucu Giysi ve Teçhizat

Madde 22 –Yapılan işin niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizat kullanılır.

## 3.SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDAYÖNETMELİK

MADDE 8.2: Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1'deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, Kanunî süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.

### Radyasyon Doz Limitleri

MADDE 7 – (1) Bu Yönetmeliğe uygun olarak radyasyon alanlarında yapılan çevresel radyasyon izlemesinin yanı sıra Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği gereğince kişisel dozimetre kullanması zorunlu olan personel kişisel cep dozimetresi; bu personelden radyofarmasötik işaretlemede ve tedavi amaçlı radyonüklid uygulamalarında, radyoterapide manuel iridyum 192 uygulamalarında görevli olanlar ile girişimsel floroskopik uygulamalarda çalışanlar kişisel cep dozimetresine ek olarak el bileği veya yüzük dozimetresi taşır.

## 4.TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

### TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Çekim odasında acil müdahale seti bulundurulmalıdır. Çekimi gerçekleştiren personel acil durumlar için özel olarak eğitilmelidir. Ayrıca bu tür durumlar için gerekli yardımı çağırma konusunda önceden hazırlanmış protokoller oluşturulmalıdır.

**SORU: Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde klinik endikasyon belirtiliyor mu?**

**SIRA** : 31  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : HDB, YPYD, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**G.4.1.** Tanısal görüntüleme tetkik istemlerinde, klinik endikasyon belirtilmiş olmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından HBYS'' den randomize seçilen bir hasta sayfası açılarak, tanısal görüntüleme tetkik isteminde hekim tarafından endikasyonun girilip girilmediği kontrol edilmelidir.

**SORU: MR randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?**

**SIRA** : 32  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**G.6.1.** MR için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.

**G.6.2.** Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.

### AÇIKLAMA :

MR için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilip verilmediği değerlendirilmelidir. Uygunluk randevu kayıtlarından veya randevu alan hastalar ile görüşülerek kontrol edilmelidir.

Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde de tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

**SORU: CT randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?**

**SIRA** : 33  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**G.7.1.** CT için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilmelidir.

**G.7.2.** Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucu verilmelidir.

**AÇIKLAMA :**

CT için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 10 iş gününde randevu verilip verilmediği değerlendirilmelidir. Uygunluk randevu kayıtlarından veya randevu alan hastalar ile görüşülerek kontrol edilmelidir.)

Tetkikin yapıldığı gün hariç 3 iş günü içinde tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

**SORU: Ekokardiyografi (EKO) randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?**

**SIRA** : 34  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**G.8.1.** EKO için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş gününde randevu verilmelidir.

**G.8.2.** Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

EKO için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 5 iş gününde randevu verilip verilmediği değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde EKO hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır. Uygunluk randevu kayıtlarından veya randevu alan hastalar ile görüşülerek kontrol edilmelidir.

Tetkikin yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

**SORU: USG randevu ve rapor süreleri, Bakanlık tarafından belirlenen zaman dilimi içerisinde veriliyor mu?**

**SIRA** :35  
**BÖLÜM ADI** : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**G.9.1.** USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş gününde randevu verilmelidir.

**G.9.2.** Meme USG; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 7 iş gününde randevu verilmelidir.

**G.9.3.** Tetkik yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde tetkikin sonucu verilmelidir.

**G.9.4.** USG randevusu hasta yığılmalarını önleyecek şekilde saatlik zaman dilimlerine bölünerek verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

USG için; tetkikin istendiği günden itibaren en geç 3 iş gününde randevu verilip verilmediği değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde USG hizmeti verilmiyorsa bu sorudan muaf tutulmalıdır. Eğer sağlık tesisi dışarıdan hizmet alıyorsa aynı şartlar aranmalıdır. Uygunluk randevu kayıtlarından veya randevu alan hastalar ile görüşülerek kontrol edilmelidir.

Meme USG için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 7 iş gününde randevu verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Tetkikin yapıldıktan sonraki 30 dakika içerisinde sonucunun verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Gözlemciler tarafından USG randevularının hastaların tümüne aynı saatte (örneğin sabah 09:00 öğleden sonra 13:00 gibi) verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Randevular hasta yığılmalarını önlemek amacı ile gün saatlik dilimlere bölünmeli ve randevular bu saatlere uygun şekilde düzenlenmelidir.(Örneğin saat 09:00,10:00, 11:00 gibi)

# **LABORATUVAR HİZMETLERİ**

**(BİYOKİMYA, MİKROBİYOLOJİ, PATOLOJİ)**

**SORU: Laboratuvarların ruhsatlandırılmasına yönelik çalışma yapılmış mı?**

**SIRA** : 36  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD, TBH, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.1.1.** Sağlık tesisinde bulunan Biyokimya, Mikrobiyoloji ve Patoloji laboratuvarının ruhsatlandırması yapılmalıdır. (Başvuru yapılması durumunda olumlu olarak değerlendirilecektir.)

**AÇIKLAMA:**

Gözlemci tarafından tek uzmanlık dalında yada Merkezi Laboratuvar ruhsatı olup olmadığı incelenmelidir. Gözetimli laboratuvarların bağlı olduğu tıbbi laboratuvarın resmi yazısı görülmelidir. Sağlık tesisinin ruhsatlandırması için başvuru yapmış olması durumunda, olumlu olarak değerlendirilmelidir.

**SORU: Numunenin laboratuvara kabulüne yönelik düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 37  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD, TBH, İMH , TKY,HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.2.1.** Laboratuvarda ayrı bir numune kabul birimi bulunmalıdır.

**L.2.2.** Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

**L.2.3.** Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul ve reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer almalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gelen numunelerin kabulü için laboratuvarda ayrı bir alanın ayrılıp ayrılmadığı kontrol edilmelidir. Bu alan laboratuvarın dışında ayrı bir alan olarak düzenlenebileceği gibi laboratuvarın içinde diğer alanlardan bağımsız sadece kabul için ayrılmış bir alanda olabilir.

Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve laboratuvarda barkod okuyucu ile kabulü yapılmayan numuneler çalışılmamalıdır.

Numunenin kabul edildiği tarih, saat, geldiği bölüm, kabul ve reddeden personelin adı soyadı, reddedildi ise ret nedeni HBYS üzerinde yer alıp almadığı değerlendirilmelidir. Gözlemci uygulamayı değerlendirirken HBYS üzerinde ilgili süreçleri izlemeli ve ilgili personelin sürece hakimiyeti sorgulanmalıdır. Kabul veya red yapan personelin HBYS' de yer alan personel ile aynı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Biyokimya ve mikrobiyoloji için tek bir numune kabul alanından kabul edilen numunelerde gelen numunenin hangi laboratuvara kabul/red edildiğine dair bilgi HBYS üzerinde izlenebilmelidir.

**KAYNAK:**

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

MADDE 13.1.b Tıbbi laboratuvar destek alanları; en az bir numune kabul birimi, numune alma odası/alanı ve malzeme depolanması için uygun alandan oluşur. Bu alanlar, tıbbi laboratuvar teknik alanı ile fonksiyonel bir bütün oluşturacak şekilde düzenlenir. Kurum/kuruluş bünyesinde olan tıbbi laboratuvarlarda numune alma odası/alanı poliklinik katında da bulunabilir.

**SORU: Laboratuvarda numune kabul-ret kriterleri oluşturulmuş mu?**

**SIRA** : 38  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : TKY, YPYD, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.3.1.** Laboratuvar için numune kabul ve red kriterleri oluşturulmalı ve oluşturulan bu kriterler HBYS üzerinde tanımlanmış olmalıdır.

**L.3.2.** Reddedilen numuneler HBYS üzerinden takip edilebilmelidir.

**L.3.3.** Kabul edilmeyen numunelerin reddedilme nedenlerinin aylık analizi yapılmalı ve analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise düzenlemeler yapılmalıdır

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi tarafından hazırlanan numune kabul ve red kriterlerinin HBYS üzerinden tanımlanmış olduğu değerlendirilmelidir.

Reddedilen numunelerin HBYS üzerinden takibi değerlendirilmelidir.

Kabul edilmeyen numunelerin aylık analizi incelenmeli, reddedilen numune sayısını azaltmaya yönelik alınan önlemler değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

4.1.2.Laboratuvar hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli şartları karşılaması gerekir.

a) Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı, numune kabulü ile ilgili kurallar hakkında hem laboratuvar personelinin hem de ilgili diğer sağlık tesisi personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

**SORU: Laboratuvar alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?**

**SIRA** : 39  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : İMH, YPYD, ÇHG, AYD, ÇHG



## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.4.1.** Laboratuvar ortamı, yeterli oranda iklimlendirilmeli ve aydınlatılmalıdır.

**L.4.2.** Laboratuvar, teknik, destek ve ofis alanı olmak üzere üç temel alandan oluşmalıdır.

**L.4.3.** Laboratuvarda idrar ve gaita testleri ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır.

**L.4.4.** Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarında (besiyerini kendisi yapması durumunda) besiyeri hazırlama odası olmalıdır.

**L.4.5.** Tıbbi Patoloji Laboratuvarı Makroskopi odasında kimyasal buhar veya gazlarla güvenli çalışmak için, özel bir havalandırma sistemi (özel çeker ocak veya tezgah üstü özel hava temizleme cihazlarından en az biri) bulunmalıdır. Havalandırma sistemi kullanım anında çalışır durumda olmalıdır.

**L.4.6.** Tıbbi Patoloji Laboratuvarı havalandırma sistemi hastane havalandırma sisteminden ayrı olmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Laboratuvarda gölge oluşturmayan ışık kaynakları kullanılmalı ve aydınlatma, gözü yormayan dikkat dağılmasına sebep olmayan doğal ışığa en yakın özellikte olmalıdır. Aşırı aydınlatmadan kaçınılmalı, mümkünse enerji tasarrufu sağlayan kaynaklar kullanılmalı ve cihazların, laboratuvar personelinin optimal çalışmalarını sağlayacak şekilde iklimlendirildiği ve aydınlatıldığı gözlemlenmelidir.

Laboratuvarın fiziki alanı; tıbbi laboratuvar teknik alanı, destek alanları ve ofis alanları olmak üzere üç temel kısımdan oluşmalıdır.

a) Teknik alan; laboratuvar hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde gerekli bütün donanım ve şartların sağlandığı ve laboratuvar çalışmalarının yürütüldüğü yerdir.

b) Destek alan; en az bir numune kabul birimi, numune alma odası/alanı ve malzeme depolanması için uygun alandan oluşur. Bu alanlar, laboratuvar teknik alanı ile fonksiyonel bir bütün oluşturacak şekilde düzenlenir. Kurum bünyesinde olan laboratuvarlarda numune alma odası/alanı poliklinik katında da bulunabilir.

c) Ofis alanı; hasta kabul, bekleme yeri, sekreteryaya, tuvaletler, uzman odası ve personel dinlenme bölümleri gibi bölümleri içerir. Bu alanlar kurum içinde ortak kullanılabilirler. Ancak bu bölümler laboratuvar teknik alanının içinde yer alamaz.

Patoloji Laboratuvarında ayrıca;

-Boyama/özel işlem odası/alanı,

-Doktor mikroskopi inceleme odası/alanı,

-Arşiv odası,

-Makroskopi odası,

-Patoloji Laboratuvarında personel için giyinme ve dinlenme odası ayrıca sorgulanmalıdır.

Merkezi hizmet veren laboratuvarlar aynı destek ve ofis alanını birlikte kullanılabilir.

İdrar ve gaita testleri ayrı bir odada veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir alanda veya çeker ocak ortamında çalışılmalıdır. Gözetimli laboratuvarlarda da ilgili unsur değerlendirilecektir.

Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarında (besiyerini kendisi yapması durumunda) besiyeri hazırlama odası olmalıdır. Besiyerini kendisi yapıyor ise ilgili unsur muaf olarak değerlendirilir.

Tıbbi Patoloji Laboratuvarı Makroskopi odasında kimyasal buhar veya gazlarla güvenli çalışmak için, özel bir havalandırma sistemi (özel çeker ocak veya tezgah üstü özel hava temizleme cihazlarından en az biri) bulunmalı ve kullanım sırasında çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Tıbbi Patoloji Laboratuvarında, havalandırma sisteminin hastane havalandırma sisteminden ayrı olup olmadığı değerlendirilmelidir.

#### **KAYNAK:**

#### **1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ**

4.1.12. Laboratuvar alanlarının personel açısından uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

#### **2. TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)**

**MADDE 13.1.** Tıbbi laboratuvarın fiziki alanı; tıbbi laboratuvar teknik alanı, destek alanları ve ofis alanları olmak üzere üç temel kısımdan oluşur.

**MADDE 13.2.b. 2:** Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarlarında idrar ve gaita testleri ayrı bir oda/alanda çalışılır veya aynı teknik alan içerisinde ve havalandırması olan en az 7,5 metrekare ayrı bir oda/alanda veya çeker ocak ortamında çalışılabilir.

(2)-1) Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarları besiyerini kendisi yapması durumunda ayrıca besiyeri hazırlama odası bulundurur.

Tıbbi patoloji laboratuvar teknik alanı; boyama/özel işlem odası/alanı, doktor mikroskopi inceleme odası/alanı, arşivleme odası ve kimyasal buhar veya gazlar için özel olarak havalandırma sistemi bulunan makroskopi odasından oluşur.

**SORU: Laboratuvar malzeme ve kitlerinin muhafazasına yönelik düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 40

**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ

**BÖLÜM SIRA NO** : 5

**BOYUTLAR** : YPYD, EHY, TBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.5.1.** Laboratuvar kitleri ve antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.

**L.5.2.** Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)

**L.5.3.** Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.

**L.5.4.** Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Laboratuvar kitleri ve antibiyotik disklerinin muhafaza edildiği dolapların başka amaçla kullanılıp kullanılmadığı görülmeli, bu dolaplarda yiyecek ve içecek muhafaza edilmemelidir. Stoktaki antibiyotik diskleri -20°C, kullanımdaki antibiyotik diskleri 4-8°C’de , laboratuvar test kitleri ise 25°C ve % 60 nem oranının altında veya üretici firmaların önerileri ve ürünlerin özelliklerine göre belirlenmiş saklama koşullarında saklanıp saklanmadığı değerlendirilmelidir. Manuel takip yapan sağlık tesislerinde kontrol formlarının üzerinde olması gereken ısı aralığı, günlük kontrollerin kayıt alanı, ait olduğu tarih ve saat ve kontrolü yapan kişi ile ilgili sorumlunun ay sonundaki imzası yer almalıdır.

24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda aktif çalışma alanlarında bulunan buzdolaplarında sıcaklık takibi yapılmalı, referans sıcaklık değerlerinde bir sapma olduğunda, çalışan personel sesli uyarı sistemi ile uyarılmalıdır. Sıcaklık takibi yapılması ve sesli uyarı sistemi olması koşuluyla bu tür laboratuvarlarda ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılması zorunlu değildir. Sıcaklık takibi kayıtları incelenir ve sesli uyarı sisteminin çalışma durumu ve etkinliği değerlendirilir.

Laboratuvar aktif çalışma alanı dışındaki destek depo (laboratuvar kitlerinin depolandığı) alanlarda bulunan buzdolaplarında, sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapıp yapılmadığı kayıtlar üzerinden değerlendirilmelidir.

Servis, numune alma alanları gibi hizmet sunum alanları da dahil olmak üzere miadı dolmuş kit, sarf malzeme ve kimyasal madde bulundurulmamalıdır. Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrollerinin yapıldığına dair kayıtlar incelenmelidir.

**SORU: Laboratuvar süreçlerinin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 41

**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ

**BÖLÜM SIRA NO** : 6

**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.6.1.** Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

**L.6.2.** Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Laboratuvar analiz öncesi (preanalitik: tespit solüsyon seviyesinin uygunsuzluğu, bilgi işlem test giriş hataları, uygun olmayan numune ya da tüp kullanımı, hasta numunesinin alımında yapılan hatalar, barkodsuz numune ya da yanlış barkodlama vb.), analiz (analitik: cihaz kalibrasyonları, kalite kontrol uygunsuzlukları, cihaz arıza ve bakım bilgileri vb.) ve analiz sonrası (postanalitik: kıyaslama için önceki sonucun görülememesi, sonuçların geç verilmesi, panik değer bildirimleri vb.) süreçlerle ilgili değerlendirmelere ait aylık kayıtlar incelenmelidir.

Aylık analizlere göre alınan önlemler ve bu önlemlere ait kayıtlar değerlendirilmelidir.

#### **KAYNAK:**

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu-- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri: 27- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili aylık değerlendirmeler yapılır ve kayıtlar tutulur. 28- Analiz öncesi (preanalitik), analiz (analitik) ve analiz sonrası (postanalitik) süreçler ile ilgili değerlendirme sonuçlarına göre gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılır ve düzenli kayıt tutulur.

**SORU: Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik iç kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı? (Biyokimya ve Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında değerlendirilecektir.)**

**SIRA** : 42  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, TBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.7.1.** İç kalite kontrol çalışması yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve sonuçların uygunsuzluğu durumunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Laboratuvarda bulunan tüm testlerin iç kalite kontrol çalışmalarının yapılıp yapılmadığı randomize olarak seçilen cihazların kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir. İç kalite kontrol kayıtları dijital ortamda veya çıktı alınarak muhafaza edilebilir. İç kalite kontrol çalışmasını yapan personelle görüşülerek, iç kalite kontrol parametresi olarak nelere dikkat ettiği, çalışmaların nasıl yapıldığı, uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda iyileştirme çalışması olarak neler yapıldığı ve bu durumun nasıl kayıt altına alındığı sorgulanmalıdır.

#### **KAYNAK:**

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

MADDE 4 – (1) - g) İç kalite kontrol: Analitik sürecin kalitesini değerlendirmek ve sonuçların güvenilirliğini yükseltmek amacıyla tıbbi laboratuvar tarafından yapılan kalite kontrol çalışmasını.. ifade eder.

MADDE 12 (8) Tıbbi laboratuvarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda

sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarlarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.

**MADDE 27 – (2)** Tıbbi laboratuvar, rapor edilen testler için uygun bir iç kalite kontrol, test doğrulama ve/veya geçerli kılma programı uygular ve buna ilişkin kayıtları tutar.

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 26- İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.

**SORU: Laboratuvarlarda çalışılan testlerin dış kalite kontrol çalışmaları yapılmış mı? (Biyokimya ve Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında değerlendirilecektir.)**

**SIRA** : 43  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, TBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.8.1.** Dış kalite kontrol çalışması yapılmalı, kayıt altına alınmalı ve sonuçların uygunsuzluğu durumunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Dış kalite kontrol çalışmalarına ait protokol kayıtları ve çalışma sonuçları değerlendirilmelidir. Gözetimli laboratuvarlarda sonuçların uzman tarafından görülüp görülmediği sorgulanmalıdır.

#### **KAYNAK:**

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

**MADDE 4 – (1) - ç)** Dış kalite değerlendirme: Tıbbi laboratuvarların test sonuçlarının güvenilirliğini sağlamak veya yükseltmek amacıyla tıbbi laboratuvarın dışındaki bir sistem/kurum/kuruluş tarafından düzenlenen içeriği veya konsantrasyonu bilinen ya da bilinmeyen numunelerle yapılan izleme ve değerlendirme çalışmasını,.. ifade eder.

**MADDE 12 (8)** Tıbbi laboratuvarlarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarlarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.

MADDE 27 – (3) Tıbbi laboratuvar Bakanlığın belirlediği testler için dış kalite değerlendirme programlarına katılır ve sonuçlarını kayıt altına alır. Dış kalite değerlendirme programlarına katılım belgelendirilir.

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu - Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 26- İç kalite kontrol ve dış kalite değerlendirmeleri (DKD yapılabilen testler için) uygun periyotlarda yapılır ve sonuçlarının uygunsuzluğu durumunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler düzenlenir, kayıtlar Yönetmelikte belirtilen sürelerde saklanır.

**SORU: Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı? (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)**

**SIRA** : 44  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, TBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

##### **L.9.1.** Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari;

- İstemin yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane ya da laboratuvarın adı,
  - Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık değeri,
  - Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı,
  - Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat,
- Patoloji hasta sonuç çıktısında yukarıdaki maddelere ilave olarak;
- Klinisyen ön tanısı, sonucun yorumu açısından önemli klinik bilgiler
  - Raporu yazanın adı soyadı,
  - Numunenin türü ve alındığı vücut bölgesi,
  - Varsa kasette yazan numara ve materyalden kaç blok alındığı bilgileri yer almalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Laboratuvar hasta sonuç çıktısı üzerinden istenilen tüm kriterlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir. Numune servis veya poliklinikte alınıyorsa barkod o sırada alınmalı ve numune tüpünün üzerine yapıştırılmalıdır. Numunenin alındığı ve laboratuvara kabul edildiği zaman aralığı test sonucunu etkilemektedir. Bu süre bize aynı zamanda peranalitik sürecin kontrol edilmesinde yönlendirici olacaktır. Laboratuvar sonuç verme sürelerine uyum bu alandan izlenebildiği için acil yapılan testlerde dahil olmak üzere sonucun onaylandığı tarih ve saat mutlaka hasta sonuç raporunda yer almalıdır.

**SORU: Laboratuvarda panik değer/tanı bildirimini uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 45  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, TBH, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.10.1.** Panik değer/tanı tespit edildiğinde sağlık personeli ile iletişime geçilmeli, bildirim yapılarak (hastanın adı soyadı, protokol numarası, numunenin geldiği bölüm, panik değere/tanıya ait sonuç, bildirim yapan ve yapılan kişinin adı soyadı, bildirim tarih ve saati) kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Her laboratuvar panik değer listesini belirlemeli ve HBYS üzerinde tanımlamalıdır. Çocuk ve yetişkin için panik değer listesi ayrı ayrı oluşturulmalıdır. Gözlemciler sağlık tesisi tarafından hazırlanan HBYS üzerinden de tanımlanmış olan panik değer listesini incelemelidir. Uyarıcı sistem laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek şekilde olmalıdır. Panik değer bildirimlerinde, bildirim yapan sağlık personeli, bildirim yapılan sağlık personeli, panik değer sonucu, bildirim yapıldığı tarih, saat bilgilerinin olup olmadığı değerlendirilmelidir. Patoloji laboratuvarları için bildirim HBYS üzerinden yapılması zorunlu değildir. Panik değer bildiriminin gerçek zamanlı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Örneğin bildirim ilgili sağlık personeline sadece otomasyon üzerinden yapıldığı durumlarda panik değer bildirim zamanı: ilgili sağlık personelinin bilgisayar ekranında sonucu görüp tıkladığı zaman olarak istatistik kayıtlara geçecektir. Telefon ile bildirim de yapılmalı ve kayıt tutulmalıdır.

**KAYNAK:**

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİğİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 11

Panik değerleri/tanımlar HBYS/LBS üzerinde tanımlanmıştır ve panik değer/tanı tespiti durumunda HBYS/LBS üzerinde çalışanı uyarıcı sistem vardır. Günlük/haftalık sorumlusu belirlidir. (Patoloji laboratuvarları için bildirim HBYS/LBS üzerinden yapılması zorunlu değildir.)

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci

4.1.d ) Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.

**SORU: Laboratuvar güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmış mı?**

**SIRA** : 46  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD, TKY, ÇHG, EKÖ, THB

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.11.1.** Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

**L.11.2.** Tıbbi laboratuvar teknik alanlarında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunmalıdır.

**L.11.3.** İlgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış, tıbbi laboratuvarda bulunan kimyasal madde listesi hazırlanmalıdır. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (Material Safety Data Sheets; MSDS) olmalı ve depolama bu bilgi formlarında geçen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır.

**L.11.4.** Elektrik panoları üzerinde uyarı işaretleri olmalı, acil durumlarda akımı kesmek için ana şalterin yeri tüm çalışanlar tarafından bilinmeli ve kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

**L.11.5.** Laboratuvarda, ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulunmalıdır.

**L.11.6.** Laboratuvar içinde hazırlanan tüm kimyasalların üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.

**L.11.7.** Mikrobiyoloji Laboratuvarında kültür plaklarının dekontaminasyonuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Tıbbi Laboratuvar teknik alanlarına yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapıp yapılmadığı, kültür ve numunelerle ilgili işlemler yapılırken laboratuvar kapılarının kapalı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Laboratuvar giriş kapısının üzerinde biyogüvenlik seviyesini gösterir uyarı işareti bulunmalı ve olası acil durumlarda içerden tahliyeyi engellemeyecek şekilde düzenleme yapılmış olduğu gözlemlenmelidir.

Laboratuvar teknik alanında kişisel koruyucu ekipman, el yıkama lavabosu, göz yıkama işlevi görecek ünite/materyal bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir. Duvar tipi göz duşu olabileceği gibi el tipi göz yıkama solüsyonu da kullanılabilir.

Laboratuvarda bulunan kimyasalların ilgili uzman tarafından onaylanmış listesi bulunmalıdır. Hazırlanan listedeki Malzeme/Ürün Güvenlik Bilgi Formları (MSDS) mevcut olmalı ve bu ürünlerin depolanması bu bilgi formlarında belirtilen özelliklere uygun olarak yapılmalıdır. MSDS formları personelin kolayca erişebildiği bir yerde veya elektronik ortamda bulunabilir. Laboratuvarda kullanılan cihaz kitleri bu değerlendirmenin dışında tutulmalıdır.

Elektrik panoları üzerinde elektrik güvenliği sembolü bulunduğu ve acil durumlarda gerekirse kullanmak üzere ana şalterin yerinin işaretlenmiş olduğu ve tüm çalışanlar tarafından bilinip bilinmediği değerlendirilmelidir.

İlk yardım setinde, kaza durumlarında ilk müdahaleyi yapacak malzemeler bulunmalıdır. Mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulmalıdır.

Laboratuvarda hazırlanan kimyasalların (Gram boyası, karbol fuksin, histokimyasal boyama işleminde kullanılan kimyasallar vb.) üzerinde; kimyasalın ismi, üretici firma adı, kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi, oranı, kimyasalın hazırlandığı tarih, kullanılmaya başlandığı tarih ve son kullanma tarihi bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir. Laboratuvarda kullanılan cihaz kitleri bu değerlendirmenin dışında tutulmalıdır.



Kültür plaklarının otoklav aracılığıyla dekontamine edildikten sonra atılıp atılmadığının işlem kayıtları görülmelidir. Dekontaminasyon yapılan otoklavın temizlik, bakım ve indikatör takiplerinin düzenli yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinin kültür plaklarını kendisi dekontamine etmediği durumlarda ilgili unsuru nasıl karşıladığı ile ilgili idari şartname ve kayıtlar incelenmelidir.

#### **KAYNAK:**

1. TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

FAALİYETE ESAS DENETİM KRİTERLERİ No: 18: Tıbbi laboratuvara özgü güvenlik rehberi vardır, gerekli güncellemeler yapılır.

MADDE 13 (3)- c) Tıbbi laboratuvar teknik alanlarının kapıları, acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen kapılar olmalıdır. Tıbbi laboratuvara yetkisiz kişilerin girişlerine engel olacak şekilde düzenleme yapılır.

MADDE 28 – (3) Tıbbi laboratuvarda ilk yardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı bulundurulur. (7) Tıbbi laboratuvar teknik alanında el yıkama için lavabo ile göz yıkama işlevi görecektür ünite/materyal ve gerekirse acil duş bulundurulur. (5) Tıbbi laboratuvarda kimyasal, radyoaktif ve/veya potansiyel enfeksiyöz riskten korunmak için personele kişisel koruyucu ekipman temin edilir ve personelin kullanması sağlanır. (8) Tıbbi laboratuvara yönelik ve personelin kolayca erişebileceği bir güvenlik dokümanı oluşturulur. Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları temin edilir. (9) Tıbbi laboratuvar içerisinde bulunan tehlike ve risklere ilişkin olarak, giriş kapısı ile gerekli olduğu durumlarda cihaz, donanım veya aygıt üzerine ilgili işaretleme veya etiketleme yapılır.

Ek-10 Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu- Faaliyete Esas Denetim Kriterleri 23-Tıbbi laboratuvarda ilkyardım seti ve mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü ile alev söndürme örtüsü gibi güvenlik donanımı vardır. 20- Kullanılan kimyasalların ürün güvenlik bilgi formları (Material Safety Data Sheets; MSDS) vardır.

2. ULUSAL MİKROBİYOLOJİ STANDARTLARI LABORATUVAR GÜVENLİĞİ REHBERİ (15.04.2014)

S10. YÖNETSEL KONTROLLER: S10.08. Laboratuvar kazalarının bildirimini sözlü ve yazılı olarak yapılmalı, laboratuvar kazalarının yıllık dökümü yapılmalıdır.

Standart mikrobiyolojik uygulamalar

Laboratuvarda kültür ve örneklerle ilgili işlemler yapılırken laboratuvar kapıları kapalı tutulmalıdır. Laboratuvara yetkili olmayan kişilerin girişine engel olunmalı, çocukların laboratuvar çalışma alanlarına girmesine izin verilmemelidir.

Elektrik kaynaklı tehlikeler, yüksek enerji alanlarına erişim kısıtlaması ve işaretlemesi olmalıdır. Acil durumlarda akımı kesmek için ana şaltlere kolaylıkla erişilebilir olmalıdır.

ELEKTRİK KAYNAKLI TEHLİKELERE KARŞI ÖNLEMLER: Elektrik yangınlarında sadece kuru toz veya CO<sub>2</sub> söndürücü kullanılmalı ve laboratuvarda bu tip yangın söndürücüler hazır bulundurulmalıdır.

KİMYASALLARIN ETİKETLENMESİ: Laboratuvar içinde bulunan tüm kimyasalların üzerinde

a. Uluslararası Teorik ve Uygulamalı Kimya Birliği (IUPAC) tarafından önerilen isim

- b. Üretici firma adı
  - c. Kimyasal tehlike simgesi ve/veya etiketi
  - d. Kimyasalın laboratuvara kabul edildiği tarih
  - e. Kullanılmaya başlandığı tarih bulunmalıdır.
3. Gelen kimyasallar oluşturulmuş stok kütüğüne kayıt edilmelidir. Stok kütüğüne kimyasalın adı, üretim tarihi, geliş tarihi, lot numarası, miktarı ve üretici firma adına ait bilgiler kayıt edilmelidir.

**SORU: Patoloji Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılıyor mu?**

**SIRA** : 47  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : TKY, YPYD, ÇHG, İMH, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.12.1.** Laboratuvarında çalışanlara formaldehit ve ksilen düzey ölçümleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Formaldehit için;

- o Makroskopi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)
- o Makroskopi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)
- o Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)
- o Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm) ölçüm yapılmalıdır.

Ksilen için;

- o Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)
- o Doku takip kapları solüsyonlarını değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)
- o Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm) ölçüm yapılmalıdır.

**L.12.2.** Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra istenen değerler sağlanana kadar ölçüm tekrarlanmalıdır.

**L.12.3.** Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü tekrar yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Patoloji laboratuvarında yapılan formaldehit ve ksilen düzey ölçümlerine ait belgeler incelenmelidir.

Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı, ölçümlerin tekrarlanıp tekrarlanmadığı incelenmelidir.

Yapılan ölçümlerden sonra laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyişinde değişiklik olup olmadığı sorgulanarak , yeni koşullardaki formaldehit ve ksilen düzey ölçümlerinin tekrarlanıp tekrarlanmadığı değerlendirilmelidir.

## **KAYNAK:**

### **TC SAĞLIK BAKANLIĞI FORMALDEHİT VE KSİLEN ÖLÇÜM STANDARTLARI HAKKINDA GENELGE 2014/5**

“09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği Tıbbi Laboratuvar güvenliği başlıklı 28.inci maddesi (2) Korunmaya yönelik alınan tedbirler, tıbbi laboratuvar personelinin ve yakın çevresinin kimyasal, radyoaktif veya enfeksiyöz ajana maruz kalma olasılığını azaltıcı veya önleyici olmalıdır.” ile “Ek - iO Tıbbi Laboratuvar Denetim Formu Faaliyete Esas Denetim Kriterleri Madde 16 Tıbbi patoloji laboratuvarında havadaki formaldehit ve ksilen düzeyleri ölçülmektedir.” hükümleri gereğince; tıbbi patoloji laboratuvarlarında oluşacak toksik madde maruziyetini giderici düzenleyici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır. Formaldehit ve ksilen maruziyeti kanda, idrarda madde veya metabolitlerinin ölçümü ile belirlenmemektedir. Bunun nedeni, metabolit ölçümünün bu maddelere özgü olmamasıdır. Kişi çalışma ortamının dışında da formaldehit ve ksilene maruz kalabileceğinden, gerçekte tıbbi patoloji laboratuvar kaynaklı maruziyeti göstermez. Bu nedenle çalışan personelin laboratuvar kaynaklı formaldehit ve ksilen maruziyetinin ölçülmesi gereklidir.

#### **1. TANIMLAR**

1.1. TWA (Eşik Sınır Değer Zaman Ağırlıklı Ortalama =Threshold Limit Value Time Weighed Avarage): Günde 8, haftada 40 saat çalışma süresince uzun süreli ve tekrar edilebilen maruziyetlerde çalışanların sağlığını bozmayacak "zaman ağırlıklı ortalama konsantrasyonu" dur.

1.2. TLV-STEL (Eşik Sınır Değer: Kısa Süreli Maruziyet Sınırı= Threshold Limit Value\_Short Term Exposure Limit): Bir çalışma gününün herhangi bir anında aşılması gereken 15 dakikalık "zaman ağırlıklı ortalama maruziyet sınırı" dır.

#### **2. GENEL İLKELER**

2.1. Ölçüm yapılan iş sırasındaki maruziyeti gösterecek şekilde düzenlenmelidir.

2.2. Sonuçların değerlendirilmesinde referans sürele uyulmalıdır.

2.3. Maruziyet ölçümünde yaka kartı veya cihaz kullanılır.

2.4. Yaka kartı veya ölçüm cihazı sensörü, çalışan kişinin üzerinde ve solunum bölgesinden ölçüm yapılacak şekilde yerleştirilmelidir.

#### **3. ÖLÇÜM YAPILMASI GEREKEN PERSONEL VE ASGARİ ALANLARI KOŞULLAR:**

3.1. Bu ölçümler, aşağıda tanımlanan ilgili laboratuvar personeline solunum düzeyinde yapılır.

3.1.1. Formaldehit için;

a) Makroskopi odasında çalışan personel (8 saatlik ölçüm)

b) Makroskopi materyalini atan personel (15 dakikalık ölçüm)

c) Formaldehit solüsyonu hazırlayan personel (15 dakikalık ölçüm)

d) Doku takip kapları solüsyonlanm değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)

3.1.2. Ksilen için;

a) Boyama ve kapama yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)

- b) Doku takip kapları solüsyonları değiştiren personel (15 dakikalık ölçüm)  
c) Frozen kesit boyaması yapan personel (15 dakikalık ve 8 saatlik ölçüm)

#### 4. KABUL EDİLEN MARUZİYET SINIRLARI

- 4.1. Ksilol için ; TLV-TWA değeri: 100 ppm, TLV-STEL değeri: 150 ppm'dir  
4.2. Formalin için; TLV-TWA değeri: 0.75 ppm, TLV-STEL değeri: 2 ppm'dir.

#### 5. ÖLÇÜM ZAMANI

- 5.1. İlk Uygulama: 8 saatlik ve 15 dakikalık maruziyet düzeyleri ilk defa ölçülecek ise, çalışma ortamında bulunan ve bu kimyasallara en çok maruz kalan personelin ölçüme katılması gereklidir.  
5.2. Ölçülen değerler üst limitleri aşıyorsa, gerekli düzeltme işlemleri yapıldıktan sonra, ölçümün tekrarlanması ve istenen değerler sağlanana kadar ölçümün tekrarlanması gerekmektedir.  
5.3. Tıbbi laboratuvarın fiziki koşullarında veya işleyiş değişikliği olduğu takdirde yeni koşullardaki maruziyetin ölçümü yapılmalıdır.

#### **SORU: Patoloji laboratuvarında arşivleme uygun koşullarda yapılıyor mu?**

**SIRA** : 48  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 13  
**BOYUTLAR** : YPYD, İMH, TBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

- L.13.1.** Arşiv odası uygun alanlarda konumlandırılmalıdır (Merdiven altı, koridor gibi mekanlar arşiv odası olarak kabul edilmemelidir).  
**L.13.2.** Bloklar en az 20 yıl, lamalar en az 10 yıl, raporlar ve kayıtlar en az 30 yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.  
**L.13.3.** Blokların bulunduğu arşiv odasında sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Sıcaklık 25°C'nin üzerine çıkmamalıdır.  
**L.13.4.** Hastaya ait dokular ve sıvılar raporlama tarihinden itibaren en az 1 ay saklanmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Gözlemci, arşivleme için ayrılmış alanı değerlendirmeli, merdiven altı, geçiş için kullanılan koridor gibi mekanlar arşiv odası olarak kabul edilmemelidir.  
Patoloji laboratuvarında; doku, parafin blok, lam, rapor arşivleme dolapları ve sistemlerinin kurulduğu, arşivleme için belirlenen sürelerle riayet edilip edilmediği değerlendirilmelidir.  
Arşiv odasının sıcaklık takibinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı incelenmelidir.  
Arşiv süreleri ile hastaya ait dokular ve sıvıların raporlama tarihinden itibaren saklanma süreleri değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

1.TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (9 Ekim 2013 Sayı : 28790)

TIBBİ LABORATUVARLARIN ÇALIŞMA ESASLARI

MADDE 12 –(8)

Tıbbi laboratuvarlarda raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ve lamlar bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Ancak tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir. İç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları tıbbi laboratuvarlarda en az beş yıl, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl süre ile muhafaza edilir.

**SORU: Patoloji Laboratuvarı sonuç verme süreleri TKHK'nın belirlediği süre ile uyumlu mu?**

**SIRA** : 49  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 14  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.14.1.** Sitoloji sonuçları en geç 5 iş günü içinde verilmelidir.

**L.14.2.** Biyopsi sonuçları en geç 10 iş günü içinde verilmelidir.

**L.14.3.** Patoloji laboratuvarına gelen materyallerin kabulü teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sitoloji için numunenin alım tarihi ve sonucun raporlandığı tarih karşılaştırılarak sonuçların en geç 5 iş günü içinde verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Biyopsi için numunenin alım tarihi ve sonucun raporlandığı tarih karşılaştırılarak sonuçların en geç 10 iş günü içinde verilip verilmediği değerlendirilmelidir.

Patoloji laboratuvarına gelen materyallerin kabul teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınma durumu değerlendirilmelidir. Her hastadan kaç parça alındığı kayıt edilmelidir.

**SORU: Kültür testleri biyogüvenlik kabininde uygun koşullarda çalışılıyor mu? (Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlar muaftr.)**

**SIRA** : 50  
**BÖLÜM ADI** : LABORATUVAR HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 15  
**BOYUTLAR** : EKÖ, ÇHG, YPYD, İMH

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**L.15.1.** Biyogüvenlik kabinleri laboratuvar içinde, kapılardan, açık pencerelerden, havalandırma ızgaralarından, hava akımını bozan cihazlardan (çeker ocak, santrifüj vb.) ve yoğun insan trafiği olan alanlardan uzak olacak şekilde konumlandırılmalıdır.

**L.15.2.** Kabinin laminer hava akımı çalışır durumda olmalı, sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısı yapılmalıdır.

**L.15.3.** Biyogüvenlik kabininin bakım ve kontrol talimatı olmalı, periyodik bakımları ve performans testleri (sızdırmazlık testi, dekontaminasyon sistem testleri vb.) yılda bir defa yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**L.15.4.** Çalışma öncesinde ve sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmeli, kabin fanı en az 5 dakika çalıştırdıktan sonra çalışmaya başlanmalı, çalışma bitiminde fan 5 dakika çalıştırılmalı ve bu işlemler kayıt altına alınmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Kültür testleri çalışılmayan laboratuvarlarda bu soru muaf tutulmalıdır.

Biyogüvenlik kabinlerinin laboratuvar içinde, kapılardan, açık pencerelerden, havalandırma ızgaralarından, hava akımını bozan cihazlardan (çeker ocak, santrifüj vb.) ve yoğun insan trafiği olan alanlardan uzak olacak şekilde konumlandırıldığı değerlendirilmelidir. Çeker ocak depolama alanı olarak kullanılmamalı, açılır kanat cihaz üzerinde belirlenen yükseklikten fazla kaldırılmamalıdır.

Gözlemci tarafından biyogüvenlik kabininin sınıfı sorularak ve cihaz dosyasındaki bilgilerden faydalanılarak sınıf 2B olan kabinlerin baca bağlantısının olup olmadığı incelenmelidir.

Biyogüvenlik kabininin periyodik bakımları ve performans testlerinin yılda bir defa yapıldığına dair kayıtlar incelenmelidir.

Biyogüvenlik kabininin günlük temizliği kabin içindeki çalışma malzemeleri çıkarılarak yapılmalı, kabinin içi ve dışı % 70'lik alkol vb. ile temizlenmeli, en az 5 dk. boş çalıştırdıktan sonra kapatılmalıdır. Kabinde fan çalışmadan ve hava akımı güvenli moda geçmeden çalışmaya başlanmamalıdır. Genel bir kural olarak fan en az 5 dakika çalıştırdıktan sonra çalışmaya başlanmalıdır. Çalışma öncesinde ve sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir. Çamaşır suyu çözeltisi dökülme saçılma yoksa rutin temizlik için 1/50-1/100 yeterlidir. Dökülme saçılma durumunda kabin çalıştırılmaya devam edilmeli, %10 çamaşır suyu çözeltisi kullanılmalıdır.

## **KAYNAK:**

ULUSAL MİKROBİYOLOJİ STANDARTLARI LABORATUVAR GÜVENLİĞİ REHBERİ (15.04.2014)

Kabinde fan çalışmadan ve hava akımı güvenli moda geçmeden çalışmaya başlanmamalıdır. Genel bir kural olarak fan en az 5 dakika çalıştırdıktan sonra çalışmaya başlanmalıdır. Çalışma öncesinde kabin yüzeyi %70 etanol veya çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir. Çalışma sonrasında kabin yüzeyi %70 etanol veya 1/50-1/100 (dökülme saçılma yoksa rutin temizlik için yeterli) çamaşır suyu çözeltisi ile temizlenmelidir.

Kabin fanı çalışma bitiminden 5 dakika sonrasına kadar içerideki havayı temizlemek için çalıştırılmalıdır. Dökülme ve saçılma durumunda kabini çalıştırmaya devam edin. Yeterli miktarda %10 çamaşır suyu çözeltisi hazırlayın.

# DOĞUMHANE HİZMETLERİ

**SORU: Doğumhaneye hasta transferi uygun şekilde yapılıyor mu?**

**SIRA** : 51  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : HGY, YPYD, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.1.1.** Doğum süreci başlayan hasta, doğumhaneye sağlık personeli eşliğinde tekerlekli sandalye veya sedye ile getirilmeli, görevli sağlık personeline teslim edilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Poliklinikten veya acilden başvuran doğum süreci başlayan hastalar için transferi sağlayacak karşılama yönlendirme elemanı ve sağlık personeli bulunmalıdır. Bu hastaların transferi için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

**SORU: Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?**

**SIRA** : 52  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : HGY, YPYD, SBH, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.2.1.** Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır. Kimlik tanımlayıcı ad/soyad, protokol numarası ve doğum tarihini (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.

**D.2.2.** Kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

**D.2.3.** Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı bileklik ile değiştirilmelidir.

**D.2.4.** Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından hasta bilekliğinin; adı soyadı, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği, yatışı yapılan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanıldığı ve tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanma yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı (bebeğin cinsiyetine göre: kız bebeklere pembe,



erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı )kullanılmalıdır. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. Çoğul gebeliklerde anneye her bebek için ayrı kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. (İkiz gebelikte annede her iki bebeğe ait iki kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır)

#### **SORU: Doğumhanede gerekli düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 53  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : HDB, İMH, TBH, YPYD, HED, HAH, SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.3.1-** Travay ünitesinde kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo bulunmalıdır.

**D.3.2-** Travay odalarında ve doğumhanede NST takip sistemi bulunmalıdır.

**D.3.3-** Doğum odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemleri ve monitör olmalıdır.

**D.3.4-** Doğum odasında doğum masasının yönü kapı girişinden görülebilecek şekilde olmamalıdır.

**D.3.5-** Doğumhaneye erişim görevli personel dışındaki ilgisi olmayan kişiler için kısıtlanmalıdır.

**D.3.6-** Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından; travay odasında kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo düzenlemesinin (travay odası içinde bulunmalı, bulunmuyorsa doğum salonu içinde en yakın yerde) olup olmadığı değerlendirilir.

Travay odalarında ve hastaların kullandığı banyo ve tuvaletlerde(ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır. Yatak başında ve banyo/tuvaletlerde bulunan çağrı sistemine hastanın kolay erişimi sağlanmalı, çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir.

Doğum odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemleri ve monitörün olup olmadığı, çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir.

Doğum odasındaki doğum masasının yönünün kapı girişinden görülmeyecek şekilde konumlandırılmış olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Doğumhaneye alınan hasta yakınları için bir bekleme alanı oluşturulmalı ve hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenleme yapılmalıdır. (Hasta hakkındaki genel bilgiler görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı ile yapılabilir.)

Gözlemciler tarafından; doğumhanede bulunması gereken malzemelerin olup olmadığı ve çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:** Doğum öncesi ve Doğum sonrası Bakım Yönetim Rehberleri

**SORU: Doğumhanede doğum süreci için gerekli ekipman bulunuyor mu?**

**SIRA** : 54  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD, İMH, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.4.1.** Doğumhanede oftalmoskop, vakum, intrauterin balon, transport kuvvözü, bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü, laringoskop, bebek entübasyon tüpleri, balon-valf maske sistemi gibi gerekli ekipmanlar bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından; doğumhanede bulunması gereken malzemelerin olup olmadığı ve çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir. (Birim sorumlu hekimi tarafından gerekli görüldüğü hallerde yukarıdaki belirtilen asgari malzemelere farklı malzeme eklenebilir.)

**KAYNAK:** Doğum öncesi ve Doğum sonrası Bakım Yönetim Rehberleri

**SORU: Doğumhanede acil obstetrik hastaya yönelik ( "Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi"ne göre)gerekli düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 55  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : YPYD, SBH, ÇNE, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.5.1.** Doğumhanede acil obstetrik hastaya ( preeklampsi-eklampsi, uterin atoni, gebelikte travma, düşük, omuz distosi, vs) yaklaşımı içeren gerekli düzenlemeler ve yönetim rehberleri hazırlanmış olmalıdır.

**D.5.2.** Doğumhanede çalışan sağlık personeline "Obstetrik Problemleri Çözme Yaklaşımı" ile ilgili eğitimler verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir. Bu kapsamda anne ve bebek ölümleri azaltmak amacıyla tüm jinekoloji ve obstetrik hekimlerinin

aldıkları acil obstetrik bakım eğitimi doğrultusunda acil obstetrik hastaya yaklaşımda gerekli alt yapı oluşturulmalı, tüm tıbbi malzemeler hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca doğumhanede çalışan sağlık personellerinin bu hastalara yaklaşımında "obstetrik acil problemleri çözme yaklaşımı" başlığı altında tüm acil durumlarla ilgili olarak gerekli eğitimi almaları sağlanmalı ve desteklenmelidir. Acil obstetrik hastalara yaklaşımda akış şemaları tablo halinde acil müdahalenin yapıldığı yerlere asılmalıdır.

#### **KAYNAK:**

SAĞLIK BAKANLIĞI ACİL OBSTETRİK BAKIM YÖNETİM REHBERİ

#### **SORU: Tıbbi değerlendirmeler, takip ve tedaviler kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 56  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : YPYD, TBH, HDB, SBH, ÇNE

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.6.1.** Her doğum eylemi partograf ile izlenmelidir. Doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir.

**D.6.2.** Doğum sonrası bebeğin ve annenin değerlendirmesi yapılmalıdır. (Doğum sonrası anne, bebek bakım ve izlemi bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine" göre yapılmalıdır.)

**D.6.3.** Yenidoğan bebeğe;

- K vit enjeksiyonu,
- Göz bakımı,
- Göbek bakımı,
- Hepatit B 1.doz aşısı yapılmalı ve aşı kartı düzenlenmelidir.

**D.6.4.** Bebeğe ve anneye verilen order; hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, verilmiş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içermelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Her doğum eylemi partograf ile izlenmeli ve doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir. Gözlemci tarafından bu kayıtlar hasta dosyasından incelenmelidir.

Doğumhanede, Bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri" bulunmalı , anne ve bebek değerlendirmesi hasta dosyasından kayıtları incelenerek yapılmalıdır.

Gözlemci; örnek seçilen hasta dosyalarından hekim orderlarındaki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığını değerlendirmelidir. Elektronik ortamda verilen order çıktıları (e-imza kullanılması haricinde) günlük olarak alınarak imzalanmalı ve kaşelenmelidir. Günlük bakım planı değerlendirmeleri de tarih ve saat belirtilerek yazılmalı, kayıtlar incelenmelidir.

Yenidoğan bebeğe; K vit, göz bakımı, göbek bakımı ve Hepatit B. 1.doz aşısı yapılmalı ve yapıldığına dair kayıtları incelenmelidir.

Doğum salonunda çalışan görevli hekim, hemşire ve ebelere “Neonatal Resüsitasyon Eğitiminin” verilip verilmediğine dair kayıtlar incelenmelidir. (NRP eğitimi almayan çalışanlar için bir eğitim programı yapılmış olmalıdır.)

#### **KAYNAK:**

2015/02 SAYILI GENELGE- Partograf Kullanımı

Doğum öncesi ve Doğum sonrası Bakım Yönetim Rehberleri

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

**SORU: İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 57  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : YPYD, HDB, SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.7.1.** İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır

**D.7.2.** İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

#### **AÇIKLAMA:**

Hekim tedavi planı ve hemşire gözlem formları incelenmeli, bu formlarda ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

I.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanan hastalarda, mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu standart bir etiket ile belirtilmelidir.

**SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?**

**SIRA** : 58  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD,HGY,SBH,TBH, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.8.1.** Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**D.8.2.** Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Acil müdahale setinde bulunan cihazların (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kolay ulaşılabılır, kullanıma hazır olup olmadığı ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir. Değerlendirme esnasında bu cihazların çalışıp çalışmadığı bizzati kullanılarak ( ambunun çalışıp çalışmadığı, defibrilatörün şarjının olup olmadığı, laringoskop setinin lambasının çalışıp çalışmadığı, aspiratörün vakumlama yapıp yapmadığı) test edilmelidir. Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miat takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı gözlemlenmelidir. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

**SORU: Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?**

**SIRA** : 59  
**BÖLÜM ADI** : DOĞUMHANE HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD,HAH , TBH, SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**D.9.1.** Hasta ve hasta yakınlarına genel durum ve doğum süreci konusunda hekim tarafından bilgilendirme yapılmalıdır.

**D.9.2.** Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

**D.9.3.** Bekleme alanı temiz,hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenmelidir.Hasta yakının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler( görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Hasta ve hasta yakınlarına doktoru tarafından genel durum ve doğum süreci hakkında bilgi verilip verilmediği sorularak değerlendirilmelidir.

Hasta ve hasta yakınlarına "uygulanacak olan tedaviler ve tedaviyi reddetmeleri halinde doğabilecek sonuçlar" hakkında bilgi verilip verilmediği hasta dosyasından kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir.

Doğumhaneye alınan hasta yakınları için bir bekleme alanı oluşturulmalı ve hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenleme yapılmalıdır.(Hasta hakkındaki genel bilgiler görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı ile yapılabilir.)

#### **KAYNAK:**

1.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998

“Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 – Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.”

Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheyeye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikâyeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.

Madde 25-Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

# SERVIS



**SORU: Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz uygulanıyor mu?**

**SIRA** : 60  
**BÖLÜM ADI** : SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD, HGY, TKY, SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.1.1.** Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin "Klinikten ayrılmadan önce" bölümü eksiksiz doldurulmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Cerrahi servislerde varsa operasyona alınmak üzere olan bir hastanın dosyasında veya ameliyathanede ameliyata alınmak üzere olan bir hasta dosyasında "Cerrahi Güvenlik Formu"nda "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünün doldurulup doldurulmadığı değerlendirilmelidir.

"Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümünde;

1. Hasta kimlik bilgisi, ameliyatı, ameliyat bölgesi doğrulanmalı,
2. Hastanın rızası teyit edilmeli,
3. Hastanın açıklığı teyit edilmeli,
4. Ameliyat bölgesi tıraşı kontrol edilmeli,
5. Hasta üzerindeki değerli eşyaları varsa makyaj/oje ve protezler çıkartılmalı,
6. Hasta ameliyat önlüğü ve bonesi giydirilmeli,
7. Ameliyat öncesi de özel bir işlem yapılacaksa (lavman, varis çorabı, sonda vb.) gerekliliği kontrol edilmeli,
8. Kullanılacak malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı yapılmalı,
9. Hastanın yapılan tüm tetkiklerinin yanında olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu aşamada hastaya hastalığı ve yapılacak ameliyat hakkında bilgi verilip verilmediği ve onayı, taraf işaretlemesinin yapıp yapılmadığı sorgulanabilir.

**SORU: Hasta bakım ihtiyaçları göz önüne alınarak hemşire tarafından değerlendiriliyor mu?**

**SIRA** : 61  
**BÖLÜM ADI** : SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD, SBH, HDB, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.2.1.** Hastanın tedavi sürecinde, değerlendirmesi yapılarak ihtiyacına yönelik genel tüm bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir. (Genel vücut bakımı, ağrı

değerlendirmesi, bası yarası takibi ve bakımı, kanama takibi, ruhsal durum değerlendirilmesi, beslenme vb.)

#### **AÇIKLAMA:**

Gözlemciler servise yatışı yapılan hastanın genel bakımları, bası yarası takibi, ağrı ve ruhsal durumunun hemşireler tarafından değerlendirilip, hasta dosyasına kayıt edilip edilmediğini hasta dosyası ve ilgili formlar üzerinden değerlendirmelidir.

#### **KAYNAK:**

##### **1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ**

Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

Madde 132:

a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olgunlaştırıcı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içerir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icab eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

##### **2.HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ (2010):**

Madde 6:

Hemşireler; verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir. Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

**SORU: Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatışı yapılan hastalar ve gebeler hariç) nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu?**

**SIRA** : 62

**BÖLÜM ADI** : SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 3

**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TBH,SBH,TKY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.3.1.** Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.

**S.3.2.** Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.

**S.3.3.** Nutrisyon desteği ihtiyaçı tespit edilen hastalara, Nutrisyon Destek Ekibi tarafından nutrisyon desteği sağlanmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

A ve B rolündeki hastanelerde Nütrisyon Destek Ekibinin oluşturulup oluşturulmadığı kontrol edilmelidir. Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatış ve gebeler hariç olmak üzere) beslenme durumu değerlendirilmelidir. 18 yaş üzeri yetişkin hastalar için NRS 2002 formu, çocuk ve yenidoğanlar için ise çocuk hekiminin Nutrisyon ekibi ile birlikte belirleyeceği formlar kullanılmalıdır. Formlar HBYS de tanımlanmalıdır.

Nutrisyon desteği ihtiyaçı tespit edilen hastalara, Nutrisyon Destek Ekibi tarafından nutrisyon desteği sağlandığına dair kayıtlar incelenmelidir. Formun ilk aşamasının hemşire/hekim, ikinci aşamasının Nutrisyon Destek Ekibi tarafından değerlendirildiğine dair kayıtlar görülerek değerlendirilmelidir.

**SORU: Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından bilgilendirme yapılıyor mu?**

**SIRA** : 63  
**BÖLÜM ADI** : SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD,HAH, TBH, SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.4.1.** Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

**S.4.2.** Hasta ve hasta yakınlarına tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakları, kararlarının doğurabileceği sonuçlar ve sorumluluklar hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve yapılan bilgilendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Hasta ve hasta yakınlarına hekim tarafından hastalığı hakkında bilgilendirme yapılıp yapılmadığı değerlendirilir.

Hasta ve hasta yakınlarına “ doktorları tarafından hastalıkları, uygulanacak olan tedaviler ve tedaviyi reddetmeleri halinde doğabilecek sonuçlar” hakkında bilgi verilip verilmediği sorularak değerlendirilmelidir. Hastanın tedaviyi reddetmesi ile ilgili kayıtlar incelenmelidir.

**KAYNAK:**

**1HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ**

Madde 4:

ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,

“Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 – Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.”

Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikâyeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.”

Tedaviyi reddetme ve durdurma:

Madde 25: Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

**SORU: Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 64

**BÖLÜM ADI** : SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 5

**BOYUTLAR** : YPYD, HDB, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.5.1.** Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından 24 saat içinde değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**S.5.2.** Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

**S.5.3.** Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Servise yatışı yapılan hastaların ilk 24 saat içinde hekimi tarafından değerlendirilmesi (anamnez, fizik muayene) yapılmalıdır. Değerlendirmeye ait kayıtlar incelenmelidir.

Hastanın her 24 saatte bir hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirme ve günlük takiplerinin hasta dosyasında kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir.

Hasta dosyalarında hekim orderlerindeki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı, kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.

E-imza kullanılması haricinde HBYS üzerinden verilen orderların çıktısı alınmalı ve bu çıktılar orderi veren hekim tarafından imzalanmalı ve kaşelenmelidir.

Günlük değerlendirmeler tarih ve saat belirtilerek kayıt altına alınır.

#### **KAYNAK:**

##### **YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ**

Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri (gözlem) ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72: Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesi ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

**SORU: Yeni doğan tarama testleri yapıyor mu?**

**SIRA** : 65  
**BÖLÜM ADI** : SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** :6  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.6.1.** Yenidoğan bebekler sağlık tesisinden taburcu olmadan önce işitme tarama testi yapılmalıdır.(Taburculuk sonrasında randevu verilmesi halinde olumlu olarak değerlendirilir.)

**S.6.2.** Yenidoğan bebekler sağlık tesisinden taburcu olmadan önce Fenilketonüri için topuk kanı alınmalıdır.

**S.6.3.** Yenidoğan bebekler sağlık tesisinden taburcu olmadan önce DKÇ yapılmalıdır.(Taburculuk sonrasında randevu verilmesi halinde olumlu olarak değerlendirilir.)

**S.6.4.**Yenidoğan bebekler sağlık tesisinden taburcu olmadan önce Görme taraması yapılmalıdır.(Taburculuk sonrasında randevu verilmesi veya göz branşının olduğu yere yönlendirilmesi halinde olumlu olarak değerlendirilir.)

**S.6.5.**Yenidoğan tarama testleri yapıldığına veya randevu verildiğine dair kayıtlar bulunmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Yenidoğan bebeğe; Fenilketonüri, işitme tarama testi, doğuştan kalça çıkığı (DKÇ), görme tarama testinin yapıldığına dair kayıtlar incelenmelidir. Sağlık tesisinde ilgili branşın bulunmaması durumunda en yakın sağlık tesisinden bu hizmeti alması için gerekli yönlendirme yapılması veya yoğun olan sağlık tesislerinde taburculuk sonrasında randevu verilmesi halinde olumlu olarak değerlendirilir.

#### **KAYNAK:**

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı Ulusal Yenidoğan İşitme ve Tarama Genelgesi (2014/7) ve Yenidoğan K vitamini Uygulama yazısı (2010/17)  
Yeni doğan İşitme Taraması Uygulama Rehberi Sağlık Bakanlığı  
Yeni doğan Topuk Kanı Örneği Toplama Klavuzu Sağlık Bakanlığ

**SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?**

**SIRA** : 66

**BÖLÜM ADI** : SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 7

**BOYUTLAR** : YPYD, HGY, TBH, SBH,TKY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.7.1.** Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki tıbbi cihazların kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**S.7.2.** Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kolay ulaşılabilir (servis içinde tüm çalışanların yerini bildiği, rahatlıkla ulaşabileceği bir yerde olmalı) , kullanıma hazır olup olmadığı (çalışır durumda hazır bulunmalı) ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir. Değerlendirme esnasında bu cihazların çalışıp çalışmadığı bizzati kullanılarak ( ambunun çalışıp çalışmadığı, defibrilatörün şarjının olup olmadığı, laringoskop setinin lambasının çalışıp çalışmadığı, aspiratörün vakumlama yapıp yapmadığı) test edilmelidir. Acil müdahale setleri ilaç güvenliği açısından, hasta ve yakınlarının ulaşabileceği servis koridoru gibi alanlarda bulunmamalıdır.

Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miat takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı gözlemlenmelidir. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

## **KAYNAK:**

### **Acil müdahale setinde bulunması gereken malzemeler;**

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve/veya erişkin için),  
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve/veya erişkin için),  
Değişik boylarda maske,  
Oksijen hortumu ve maskeleri,  
Entübasyon tüpü (çocuk ve/veya erişkin boyları),  
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),  
Enjektörler ve intraketler,  
Aspirasyon Sondası (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)  
Nazogastrik Sonda (çocuk ve/veya erişkin için değişik boylarda)  
Kişisel koruyucu ekipmanlar  
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.  
Acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilmelidir.

### **Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar;**

Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,  
Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

Antiaritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid

Vazodilatatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),

Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)

H<sub>2</sub> reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin  
Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.  
Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)  
Antihistaminikler (IV)

**SORU: İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 67  
**BÖLÜM ADI** : SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TKY,SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**S.8.1.** İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.

**S.8.2.** İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

**AÇIKLAMA:**

Hekim tedavi planı ve hemşire gözlem formları incelenmeli, bu formlarda ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin isminin kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

İ.V. olarak ilaç/ serum infüzyonu uygulanan hastalar ziyaret edilerek mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu sağlık tesisinin hazırladığı standart bir etiket ile belirtilmelidir. İçinde ilaç olmayan boş serum infüzyonları da etiketlenmelidir.

**KAYNAK:**

**YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ**

Madde 71:

Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışardan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iâşe maddeleri yazılır. Tabelada yazılı ilaç, tedavi ve sair tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlerler.

Madde 132:

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler.



Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icap eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar.

Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge

(6.6.2007-5228 sayılı onayla değişik) Kurumlarda kağıt üzerinde tutulan, kurum dışına çıkmayan ve hukuken ıslak imza gerektirmeyen poliklinik defterleri, laboratuvar defterleri, yatan hasta takip kartları, anamnez formları, tedavi takip kartları gibi sağlık kayıtları ve belgeleri, lüzumu halinde istenilen içerik ve formatta çıktıkları alınacak şekilde olmak şartıyla, elektronik imza uygulamaları yaygınlaşana kadar, Ek-5 de belirlenen standart ve kurallar çerçevesinde gerekli yedekleme ve güvenlik önlemleri alınarak yapılandırılan kurumlar sadece elektronik ortamda tutabilir, iş ve işlemler bu ortamda gerçekleştirilebilir."

**SORU: Hasta odaları fiziki düzenlemelere sahip mi?**

**SIRA** : 68

**BÖLÜM ADI** : SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 9

**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, İMH, HAH, HED, HGY,SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**S.16.1.** Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

**S.16.2.** Refakatçilerin dinlenmesi için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunmalıdır.

**S.16.3.** Yatak başı bağlantılı ve hastaların kullandığı tüm banyo/tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo/tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Serviste hasta odalarında her hasta yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta odalarında refakatçiler için pozisyon verilebilen koltuk, kanepeler vb. bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta odalarında yatak başı bağlantılı ve hastaların kullandığı banyo ve tuvaletlerde(ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı, hastanın kolay erişimi sağlanmalı ve çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:****1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ (1983)**

Madde 58 - (05-05-2005 tarihli ve 25806 sayılı Resmi Gazete Madde 19)

Yataklı tedavi kurumlarında hasta odalarının bir veya iki kişilik olarak düzenlenmesi esastır. Ancak, kurum fizik şartları dikkate alınarak daha fazla hasta kalabilen odalar da düzenlenebilir. Hasta odaları aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

a)Özel oda: Tek yataklı, buzdolabı, televizyon, telefon ve refakatçinin dinlenmesi için gerekli bölümü ve donanımı bulunan, banyolu, lavabolu, tuvaetli,

b)Birinci sınıf oda: Tek yataklı, tuvaetli, banyolu, lavabolu ve hasta refakatçisinin dinlenmesine yönelik donanımı bulunan,

c)İkinci sınıf oda: İki ya da üç yataklı, yatakların arası uygun biçimde ayrılabilen, tuvaetli, banyolu ve lavabolu, hasta odalarıdır.

**2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU****TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:**

f) Kliniklerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaetlerde çağrı sistemi bulunmalıdır.

h) Yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.

i) Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

3.1.27.Servis kullanım alanlarının uygun iklimlendirme şartlarını taşıması gerekir. Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

**SORU: Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?**

**SIRA** : 69

**BÖLÜM ADI** : SERVİS

**BÖLÜM SIRA NO** : 10

**BOYUTLAR** : YPYD,HAH,SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.10.1.** Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:
- Hastaya; odası, yatak başı hemşire çağrı sistemi ve yatak kullanımı,
- Kahvaltı ve yemek saatleri,
- Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları,
- Ziyaret saatleri ve kuralları,
- Telefon kullanımı,
- Tuvalet-banyo kullanımı,
- Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı
- Hekimin vizit saatleri

**S.10.2.** Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir:

\* Kullanacağı ilaçlar,

- \* Düşme riski,
- \* Tıbbi cihazların kullanımı,
- \* Doğum servislerinde anne sütü, emzirme eğitimi, yenidoğan bakımı,
- \* Beslenme, egzersizler,
- \* El hijyeni
- \* Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.

**S.10.3.** Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir:

- İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikli kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.), olası yan etkileri,
- Diyet ve beslenme biçimi,
- Doğum servisinde Üreme Sağlığı,
- Yenidoğan taramaları,
- Egzersiz ve aktiviteler,
- Muhtemel komplikasyonlar, ve özel uyarılar,
- Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı (pansumanı),
- Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb.

**S.10.4.** Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Hastanın servise yatışıyla birlikte gerekli bilgilendirmelerin hasta dosyasındaki kayıtlardan ve hasta ve hasta yakınlarından bilgi alınarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Hastaya yatış sürecinde verilmesi gereken eğitimlerin yapılıp yapılmadığı, hasta dosyasındaki verilen eğitim kayıtlarından ve hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek değerlendirilmelidir. Gözlemci, taburculuğu yapılan hasta ve hasta yakınları ile görüşerek verilmesi gereken bilgilendirmelerin yapılıp yapılmadığını hasta dosyasındaki kayıtlar incelenerek değerlendirmelidir.

#### **KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013  
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

3.1.1.Yataklı Servis Hizmetleri

i) Hasta ve yakınlarının eğitime dair bir sistem oluşturulmalıdır.

**SORU: Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?**

**SIRA** : 70  
**BÖLÜM ADI** : SERVİS  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TKY,SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**S.11.1.** Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.

Epikrizde;

- a) Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,
- b) Önemli fiziksel ve diğer bulgular,
- c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
- d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar,
- e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,
- f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama
- g)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri
- ğ)Taburcu olan anneye;yenidoğan bakımı, yenidoğan taramaları,anne sütü, üreme sağlığı ile ilgili eğitimler verilerek kayıtları bulunmalıdır.

**S.11.2.** Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Taburcu edilmiş hasta dosyası üzerinden epikriz formu incelenmeli, değerlendirilecek unsurlarda belirtilen tüm maddelerin eksiksiz olarak doldurulmuş olması durumunda olumlu olarak değerlendirilmelidir. Taburcu olan hasta dosyalarında epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası aranmalıdır.

**KAYNAK:**

1.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

Madde 76:

Taburcu edilen hastalara amaca uygun bir epikriz verilmesi gerekir.

2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Madde 24:

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri, diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

# YOĞUN BAKIM

**SORU: Yoğun Bakım seviyesine uygun olarak ruhsatlandırılmış mı?**

**SIRA** : 71  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD,TBH, İMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**Y.B.1.1.** Seviyelendirme ile ilgili belge sağlık tesisinde bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Yoğun bakım seviyelendirilmesi ile ilgili belge ya da birden fazla yoğun bakım varsa belgeler sağlık tesisinde bulunmalıdır. Sağlık tesisi yöneticisi tarafından “Seviyelendirme” talebi yapılmış, ancak Sağlık Müdürlüğü, Valilik onayı ve Bakanlık tescil süreci tamamlanmamış ise sağlık tesisi olumlu olarak değerlendirilir.

**KAYNAK:**

1.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

Seviyelendirme

MADDE 15 – (1) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Yoğun bakım servisleri; yatak kapasitesi, kabul ve tedavi edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması zorunlu uzmanlık dalları ve uzman tabip sayısı, tabip dışı personel sayısı ve niteliği, tıbbi araç-gereç ve donanım standartları ile bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilir. Erişkin yoğun bakım servisleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye; çocuk yoğun bakım servisleri ikinci ve üçüncü seviye, yenidoğan yoğun bakım servisleri ise birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye, olarak seviyelendirilir. Dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri, seviye IV A ve seviye IV B olarak ayrı tescil edilir.

(2) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinin tesisi ve tescilinde Bakanlıkça belirlenen yoğun bakım seviye ve yatak planlamaları esas alınır. Özel sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerine ait yatak sayıları, Bakanlıkça düzenlenen faaliyet izin belgesinde yazılı yoğun bakım yatak sayısını aşamaz.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (3) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümleri ile erişkin yoğun bakım servisleri için ek-1, çocuk yoğun bakım servisleri için ek-2, yenidoğan yoğun bakım servisleri için ek-3’te yer alan asgari standartlar çerçevesinde komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle, ek-4, ek-5 ve ek-6’da yer alan “Seviye Tespit ve Denetleme Formu”na göre yapılır. Müdürlükçe yoğun bakım servisinin branşı, yatak sayısı ve seviyesini belirten valilik onayı alınarak tescil işlemi yapılır, ÇKYS’ye kaydedilir ve ayrıca Bakanlığa bildirilir. “Seviye Tespit ve Denetleme Formu” müdürlükte muhafaza edilir ve Bakanlığa gönderilmez.

(4) (Ek:RG-22/3/2017-30015) Sağlık tesisleri; tescil işlemleri sırasında, yoğun bakım servislerinde görevlendirilen uzman tabip, tabip, ebe ve hemşire listesini, sağlık tesisinde görevli tüm uzman tabip, tabip, ebe ve hemşire personel listesi ile birlikte Komisyona ibraz etmekle yükümlüdür. Listelerin ilgili sağlık tesisi yönetimi tarafından onaylanmış olması şartı aranır.

Sevyeleendirme istisnaları

MADDE-16 –

(1) Dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım servisi kurulur.

(2) Ağız ve diş sağlığı merkezleri ile ruh sağlığı, göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, deri ve zührevi hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastanelerinde yoğun bakım servisi kurulması zorunlu değildir. Ancak ihtiyaç duyulması halinde buralarda kurulacak olan yoğun bakım servisleri birinci seviye olarak yapılandırılır. Gerekli durumlarda hastanın nakli sağlanıncaya kadar yaşam desteği sağlamak için transport ventilatörü, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, balon-valf-maske sistemi defibrilatör ve benzeri donanım bulundurulur.

(3) Verilen sağlık hizmetinin niteliği gereğince koroner yoğun bakım servisleri en fazla ikinci seviye olarak tescil edilebilir.

(R.G. Değişik:16/08/2015-29447) (4) Kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi, onkoloji, kemik hastalıkları, meslek hastalıkları ve benzeri dal hastaneleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinde, ilgili dal hastanesinin faaliyet gösterdiği uzmanlık dalı veya dallarına göre bulundurulması gerekli tıbbi donanım, malzeme ve uzman tabiplerin standartları ile taşınması gereken fiziki şartlar, ait olduğu seviyenin asgari standartlarına uygun olmalıdır.

MEVCUT YOĞUN BAKIM SERVİSLERİNİN UYUMU VE TESCİLİ

GEÇİCİ MADDE 1 – (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-22/3/2017-30015)

(1) Bu Tebliğin yayımı tarihinden önce, müdürlüklerce, seviye III A ve seviye III B olarak tescili veya geçici tescili yapılmış olan yenidoğan yoğun bakım servisleri, mevcut tescilli veya geçici tescilli pozisyonları korunarak üçüncü seviye kabul edilir.

(2) Bu Tebliğin yayımı tarihinden önce müdürlüklerce tescili veya geçici tescili yapılmış olan tüm yoğun bakım servisleri için herhangi bir sebeple yeniden tescil işlemi söz konusu olduğunda; Bakanlıkça belirlenen seviye ve yatak planlaması esaslarına ve Tebliğ ile belirlenen asgari standartlara uygun olması şartıyla müdürlüklerce yeniden tescil işlemi yapılır.

(3) Bu Tebliğin yayımı tarihinden önce faaliyette olan tescilli veya geçici tescilli yoğun bakım servisleri ile Bakanlıkça hastane ön izni verilmiş olan sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinden;

a) Fiziki alt yapı yetersizliği komisyon raporu ile belgelenenler, Tebliğde belirlenen fiziki alanlara yönelik asgari standartlardan üç yıl süre ile muaf tutulur.

b) Penceresi bulunmayan yoğun bakım servisleri, 5 inci maddenin birinci fıkrasının (k) bendinde öngörülen; hasta alanlarının gün ışığı alması şartından muafır.

(4) Faaliyette olan özel sağlık tesisleri bünyesindeki mevcut kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servislerinin, yatak sayısı ile kalp ve damar cerrahisi uzman tabip asgari sayısını en geç üç yıl içerisinde 9 uncu maddede belirtilen standarda uygun hale getirmesi zorunludur. Bu birimlerin, Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek-3/39 ve Ek 11 inci maddesinin (h) bendinde yer alan asgari alt yapı ve donanım standartlarını taşınması, en az iki yatak ve bir izolasyon odası bulunması ve diğer şartlar bakımından Tebliğin, üçüncü seviye yoğun bakım servisleri için belirlenen asgari standartlarına uygun olması gerekir.

(5) Faaliyette olan yoğun bakım servislerinde görev yapan personelden, yoğun bakım eğitimi almış olması şartını sağlayamayanların, bu durumları komisyon tarafından düzenlenecek bir

raporla belgelendirilir ve 31/12/2017 tarihine kadar personelin yoğun bakım eğitimi alması şartından muaf tutulur.

(6) Üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri için 12 nci maddenin birinci fıkrasında öngörülen; her yirmi yatağa kadar en az bir temas izolasyon odası şartının, 31/12/2018 tarihine kadar sağlanması zorunludur.

(7) Üç yıl içerisinde binası yenilenecek veya yeni binasına nakledilecek olan sağlık tesisleri, bu durumlarını ilgili müdürlük aracılığı ile belgelenmeleri kaydıyla, mevcut binalarında hizmet gereği zorunlu olarak oluşturacakları yeni yoğun bakım servisleri, Tebliğde belirlenen fiziki alanlara yönelik asgari standartlardan üç yıl süre ile muaf tutulur.

(8) Üçüncü fıkranın (a) bendi ile dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci fıkrada belirtilen muafiyetler kapsamında değerlendirilen yoğun bakım servisleri; seviyesinin gerektirdiği diğer standartlar bakımından Tebliğ hükümlerine uygun olduğunun komisyon raporunda belirtilmesi kaydıyla seviyelendirilir ve müdürlükçe geçici tescil verilir. Muafiyete esas noksanlıkların tamamlanmasından sonra düzenlenecek komisyon raporuna istinaden müdürlükçe kesin tescil işlemi gerçekleştirilir. Üçüncü fıkranın (b) bendinde belirtilen muafiyet kapsamındaki yoğun bakım servisleri için ise Tebliğde belirlenen diğer standartları taşıması kaydıyla kesin tescil işlemi yapılır.

#### **SORU: Yoğun bakımla ilgili fiziki düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 72

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 2

**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ, TBH,İMİH, HGY, SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.2.1.** Yoğun bakım içerisindeki tüm yüzeyler pürüzsüz, mikroorganizma üremesini en aza indiremeyecek, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir özellikte olmalıdır.

**YB.2.2.** Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme (yatak düzenlemesi, merkezi monitorizasyon sistemi vb.) yapılmalıdır.

**YB.2.3.** Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

**YB.2.4.** Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizliği için kullanılan malzeme odası bulunmalı; kirli malzemelerin çıkışı servis içerisinde geçirmeyecek şekilde planlanmalı, bunun mümkün olmadığı durumlarda uygun taşıma koşulları sağlanmalıdır.

**YB.2.5.** Yenidoğan Yoğun bakımlarda gürültü seviyesi ölçülmeli, ölçüm sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

**YB.2.6.** Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunmalı ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmemelidir.



**YB.2.7.** Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından duvar ve tavan yüzeylerinin kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte, malzeme veya boya (tercihen açık renk) kullanımı, duvar yüzeylerinin hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olması, zemin yüzeylerinin kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı engelleyen sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan kolayca temizlenebilen antistatik özellikte malzeme kullanılıp kullanılmadığı gözlemlenmelidir.

Gözlemciler tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme yapıp yapılmadığı değerlendirilir. Bu düzenleme hemşire deskinin tüm hastaları görebilecek şekilde uygun alanda konumlandırılması ile veya bu durumun sağlanamadığı durumlarda hastanın izlenmesini sağlayan monitör sistemi ile de olabilir.

Yatak sayısı bir serviste 10' dan fazla olmamalıdır. 10' dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla 6-10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

Erişkin yoğun bakım servislerinde zorunlu hallerde çocuk yoğun bakım servisi yoksa ya da boş yatak bulunmuyorsa çocukların gözlem ve takiplerinin yapılabileceği uygun şekilde ayrılmış bölümlerin oluşturulabildiği değerlendiriciler tarafından sorgulanmalı ya da gözlenmelidir. Bu yataklar diğer yoğun bakım yataklarını görmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.

Kirli malzeme odasının varlığı sorgulanır. İçerisinde tezgah, lavabo, musluk, sabun, kağıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin olup olmadığı gözlemlenir. Odanın çıkışı kirli malzemeler hasta bakım alanından geçmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Fiziki koşulların yetersizliğinden dolayı kirli malzemeler hasta bakım alanı içerisinden taşınmak zorunda ise kapaklı, tekerlekli konteynerlar kullanılması halinde olumlu olarak değerlendirilecektir.

Yenidoğan yoğun bakımlarında devamlı ve geçici gürültünün izolasyon odaları dahil yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 desibeli en fazla olarak da 70 desibeli geçmemesi sağlanır. Gözlemciler bu ölçümlerin yapıp yapılmadığını, yapıldı ise sonuçlarını değerlendirmelidir.

Yenidoğan yoğun bakımlarda yataklar pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta ve havalandırma çıkışlarından uzakta ise olumlu olarak değerlendirilir.

Yoğun bakımın büyüklüğüne göre hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanının varlığı sorgulanır. Bu alanın direk ışık almadığı ve ilaç muhafazasına uygun, hasta bakım alanının dışında olup olmadığı değerlendirilir.

#### **KAYNAK:**

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.**

**(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)**

**Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları**

**(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)Yoğun bakım servislerinin fiziki şartları**

**MADDE 5 – (1)** Yoğun bakım servislerinde fiziki altyapı, konum ve sağlık tesisi içerisindeki diğer birimlerle olan fonksiyonel ilişkileri bakımından uyulması gereken genel şartlar şunlardır:

- a) Yoğun bakım servisleri sağlık tesisindeki diğer birimlerden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı, tercihen asansör, ameliyathane, acil servis, laboratuvar ve görüntüleme birimlerine yakın olacak şekilde yapılandırılır.
- b) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İkinci ve üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servisleri ile ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunur. Ancak aynı tür yoğun bakım servislerinin farklı seviyeleri için ön geçiş alanları ortak kullanılabilir.
- c) Hastaların yoğun bakım servisi ile ambulans girişi arasındaki naklinin hızla ve kolaylıkla sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılır.
- ç) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Hastane içinde, tercihen servisin yakınında yeterli büyüklükte hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenir. Bu görüşmeler ilgili hekimin veya sağlık personelinin talebi üzerine bir güvenlik görevlisi refakatinde gerçekleştirilir.
- d) (R.G. Değişik:18/02/2012-28208) Yoğun bakım servislerinde kayıtların tutulması ve muhafazası, iletişim ve sekreteryaya hizmetlerinin yürütülmesi, personelin işesi ve kısa süreli dinlenmesi, kadın ve erkek personelin kıyafet değiştirmesi için uygun ve yeterli destek hizmet alanları ayrılabilir. Hastane içinde tüm personel için genel bir kıyafet değiştirme bölümü varsa servis içinde ayrıca bir kıyafet değiştirme bölümü düzenlenmesi zorunlu değildir.
- e) (R.G. Değişik:18/02/2012-28208) Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde bir tezgâh, lavabo, musluk, sabun, kâğıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası bulundurulur. Bu odanın çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde düzenlenir.
- f) Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılır.
- g) Eczaneden hazır olarak temin edilemeyen ve servis içerisinde hazırlanması gereken ilaç ve infüzyonlar için destek alanı içerisinde ayrı bir hazırlama alanı oluşturulur.
- ğ) Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemeden seçilir.
- h) (R.G. Değişik:29/05/2013-28661) Yoğun bakım servislerinde hasta alanı içerisinde tuvalet bulundurulmaz. Birinci ve ikinci seviye yoğun bakım servislerinde hasta alanının hemen dışında, sadece personel eşliğindeki yoğun bakım hastalarının kullanımına tahsis edilmiş bir tuvalet bulundurulabilir. Kardiyoloji hastalarının takip edildiği yoğun bakım servislerinde ise tuvalet, hemşire gözetim alanı içerisinde bulundurulabilir
- ı) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Servis girişinde en az bir ve hasta alanında her altı yatağa kadar en az bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt havlu yeri mevcut olan lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunur.
- i) Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılır ve açık renk tercih edilir. Duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılır.

j) Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte malzeme kullanılır.

k) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Merkezi havalandırma sistemi bulunan veya bulunması zorunlu olan her seviyedeki yoğun bakım servislerinde pencerelerin açılabilir özelliğinin bulunmaması kaydıyla, hasta alanlarının gün ışığı alması sağlanır. Penceresi bulunan yoğun bakım servislerinde; hastaların, damar içi (IV) sıvıların, monitör ve ekranların gün ışığından doğrudan etkilenmemesi ve hastaların mahremiyetini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılır.

l) Servis ışıklandırması hastanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Hasta başı ışıklandırma tercihen her yatak için ayrı ve ayarlanabilir nitelikte olmalıdır.

m) Yoğun bakım servisleri izolasyon odaları dahil, gürültü ve akustiği engelleyecek, arka plan gürültüyü en aza indirecek şekilde yapılandırılır.

n) Yoğun bakım servislerinde hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun, merkezi konumda bir alan ayrılır.

o) Her yatağın yanında hasta takip formlarının ve dosyalarının tutulduğu ve muhafaza edildiği bir düzenek bulunur.

ö) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İzolasyon odaları dâhil, yoğun bakım servislerinde her yatak için ayrı olmak üzere zeminde olmayan ve hasta başı en az oniki çıkışlı elektrik paneli bulunur. Ancak birinci seviye yoğun bakım servislerinde, en az dört çıkışlı elektrik paneli bulunması yeterlidir. Birinci seviye hariç, tüm yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Birinci seviye yoğun bakım servislerinde ise bir basınçlı hava çıkışı, bir oksijen çıkışı ve bir vakum sistemi bulunması yeterlidir. Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Ancak, birinci seviye yoğun bakım servislerinde basınçlı hava zorunlu değildir. Diğer sistemlerin ise en az bir çıkışlı olması yeterlidir.

**p) (Ek fıkra: R.G. 18/02/2012-28208)** Yoğun bakım servislerindeki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilir.

**r) (R.G. Değişik:29/05/2013-28661)** Sağlık tesislerinde uzmanlık dallarına özgü hastalıklar için ilgili klinikler bünyesinde mevcut yoğun bakım servislerinden bağımsız ayrı yoğun bakım servisleri açılmaz. Ancak hasta yoğunluğu veya fiziki alan yetersizliği nedeniyle zorunlu olarak kurulan bu yoğun bakım servisleri hizmet seviyesine uygun asgari şartları taşır.

**s) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım yatakları hariç olmak üzere koroner, dâhili ve cerrahi yoğun bakım yatakları; aynı seviyede olmak ve seviyesine uygun asgari şartları taşımak kaydıyla aynı yoğun bakım servisinin fiziki alanı içerisinde birlikte yapılandırılabilir. Bu şekilde yapılandırılan genel yoğun bakım servisindeki mevcut yataklar, toplam yatak sayısı olarak değerlendirilir ve buna göre tescil edilir.

### **Erişkin yoğun bakım servislerinin fiziki şartları**

**MADDE 6 – (1)** Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

**a) (R.G. Değişik:18/02/2012-28208)** Erişkin yoğun bakım servislerinde destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 1,5 m olacak şekilde, her yatak için en az 12 m<sup>2</sup> alan ayrılır.

b) Yatak sayısı on ve altında olan yoğun bakım servisleri tek servis olarak düzenlenebilir. On'dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla altı ila on yataktan oluşan birden fazla birime ayrılır.

c) **(R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere kolay temizlenebilir bir ayırma düzeneği bulundurulur.

ç) Yoğun bakım servisinin bulunduğu katta, hasta alanı haricinde olmak kaydıyla, sürgü ve idrar kapları için temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzemeler için kullanım öncesi muhafaza alanı ayrılır.

d) Koroner yoğun bakım ve birinci seviye yoğun bakım servisleri diğer yoğun bakım servislerinden ayrı mekânlarda düzenlenebilir.

e) **(R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** Bünyesinde ayrıca çocuk yoğun bakım servisi bulunmayan veya çocuk yoğun bakım servisi bulunup da boş yatak bulunmayan sağlık tesislerinde; dahilî ve cerrahî branşlar dâhil, yoğun bakım gereksinimi olan tüm çocuk hastaların bakım ve tedavisinin, uygun çocuk yoğun bakım yatağı bulununcaya kadar erişkin yoğun bakım servislerinin uygun şekilde ayrılmış bölümlerinde yatırılarak sağlanması zorunludur.

#### **Çocuk yoğun bakım servislerinin fizikî şartları**

**MADDE 7 – (1)** Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

a) Çocuk yoğun bakım servisleri, mümkün olduğunca, her hastaya ve yakınlarına özel bir ortam ayrılacak şekilde düzenlenir.

b) Destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 2 m olacak şekilde, her yatak için en az 12 m<sup>2</sup> alan ayrılır.

ç) Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun biçimde bir ayırma düzeneği bulundurulur.

d) Yoğun bakım servisinin bulunduğu katta, hasta alanı haricinde olmak kaydıyla, sürgü ve idrar kapları için temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzemeler için kullanım öncesi muhafaza alanı ayrılır.

#### **Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fizikî şartları**

**MADDE 8 – (1)** Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

a) Çocuk sağlığı hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri hariç, genel hastaneler bünyesindeki yenidoğan yoğun bakım servisleri, doğum yaptırılan birimlere yakın ve tercihen aynı katta olmalıdır. Ayrı katlarda olması halinde süratli, kolay ulaşımı sağlayan ve transport küvözü taşıyabilecek nitelikte bir asansör bulunmalıdır.

c) Servis bünyesinde anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi için uygun koltukları, lavabosu bulunan, görevli personel ile rahat iletişim kurma imkânı sağlayan ayrı bir alan düzenlenir. Bu alanda süt sağlamak ve saklamak için uygun ekipman bulunması sağlanır.

ç) Yenidoğan yoğun bakım servisi ile diğer yoğun bakım servisleri birbirinden ayrı yapılandırılır. Ancak ön geçiş alanları ortak kullanılabilir.

d) **(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)** Destek alanları hariç, her yenidoğan yoğun bakım yatağı başına en az 6 m<sup>2</sup> alan ayrılır ve her kuvöz için; birinci seviyede 60 cm, ikinci seviyede 90 cm ve üçüncü seviyede 120 cm yataklar arası mesafe bırakılır.

e) Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunur ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmez.

f) Gereksiz ultraviyole ve infrared radyasyondan korunmak için uygun lambalar, mercekler ve filtreler kullanılır. Işık sistemi yenidoğanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve

gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Yenidoğanın gelişmekte olan retinasının ışıktan zarar görmesini engelleyici düzenlemeler yapılır.

g) Serviste yenidoğan bakım ve diğer destek bölümlerinin yakın olduğu alanlarda görevli personel ile yenidoğanın gereksinimlerini ayrı karşılayabilecek nitelikte, çoklu ışıklandırma düzenlemeleri yapılır.

ğ) Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır.

h) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Doğum salonu, ameliyathane gibi doğum yapılan alanlarda bir radyan ısıtıcılı servo kontrollü açık yataktan oluşan, yeterli neonatal resusitasyon alanı ve resusitasyon için gerekli donanımı bulunan bir bölüm oluşturulur. Buralarda görevli tüm hekim, hemşire ve ebelerin Neonatal Resusitasyon (NRP) eğitimi almaları sağlanır.

ı) Yenidoğan cerrahi yoğun bakım servisleri de bu Tebliğin yenidoğan yoğun bakım servislerine ilişkin hükümlerine tabidir.

#### **Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri**

**MADDE 9 (1) (R.G. Değişik:18/02/2012-28208)** Bünyesinde kalp ve damar cerrahisi merkezi bulunan sağlık tesislerinde, kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri bu Tebliğde belirlenen üçüncü seviye hizmet, personel ve donanım asgari standartlarına uygun olarak en az dört yoğun bakım yatağı ve tek yataklı bir temas izolasyon odası olacak şekilde yapılandırılır.

(2) Kalp damar cerrahisi yoğun bakım servisi, ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olacak şekilde yapılandırılır.

(3) (R.G. Değişik:29/05/2013-28661) Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servislerinde en az üç kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabip bulunur. Uzman tabip sayısı altı ve üzerinde ise 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman tabip nöbeti tutulur. Uzman tabip sayısı üç ile altı arasında ise mesai saatleri dışındaki yoğun bakım hizmetleri, müstakil acil branş nöbeti ile yükümlü anesteziyoloji ve reanimasyon uzman tabipleri ve kardiyoloji uzman tabipleri tarafından dönüşümlü olarak yürütülür. Bu takdirde kalp ve damar cerrahisi uzman tabipleri, diğer branş uzman tabiplerinin nöbetlerinde dönüşümlü olarak icap nöbetine tabi tutulur.

#### **SORU: Yoğun Bakımda hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 73

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 3

**BOYUTLAR** : YPYD, EKÖ,İMİH,SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.3.1.** Yoğun bakım girişinde alkol bazlı el antiseptiği veya suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte bir adet lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.

**YB.3.2.** Hasta alanında altı yatağa bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte lavabo,dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ve kâğıt havlu bulunmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Yoğun bakımın girişinde el hijyenini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır. (El antiseptiği / suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte bir adet lavabo, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, kâğıt havlu vb.)

Lavabo izolasyon odalarının hemen girişinde ve ayrıca her 6 yatağa 1 tane olacak şekilde mevcut değilse, dirsek veya ayakla kontrol edilen veya otomatik açılır kapanır musluk, sabun, ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ve kâğıt havludan herhangi biri eksik ise olumsuz olarak değerlendirilir.

#### **KAYNAK:**

1.SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE GİRİŞ ESASLARI (14.01.2013):

Yoğun bakım ünitesine girerken uyulacak kurallar ve kişisel koruyucu malzeme kullanımı:

b)Ziyaret öncesi ziyaretçilere eğitim verilmelidir. Ziyaretçi kendi hastası dışında başka hastaya ve hasta bakım malzemelerine temas etmemelidir.

2.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

MADDE 5-

**(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** 1) Servis girişinde en az bir ve hasta alanında her altı yatağa kadar en az bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt havlu yeri mevcut olan lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunur.

**(Ek fıkra: R.G. 18/02/2012-28208)p)** Yoğun bakım servislerindeki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilir.

**SORU: Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve hasta ziyareti ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 74

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 4

**BOYUTLAR** : YPYD,HAH, İMH, ÇHG

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.4.1.** Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarını bilgilendirme ve görüşme için uygun alan ayrılmalıdır.

**YB.4.2.** Hasta ziyaret zamanları belirlenmeli ve hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edilmelidir.

**YB.4.3.** Sağlık personelinin talebi halinde, bilgilendirme güvenlik görevlisi refakatinde yapılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarını bilgilendirmek için bilgilendirme ve görüşme amacı ile tercihen servisin yakınında, fiziki koşullar uygun değil ise en yakın mekanda uygun bir alan mevcudiyeti değerlendirilir. Aynı ön geçiş alanını kullanan yoğun bakımlar için ortak bir alan düzenlenebilir. Bu alan doktor ve sağlık personeli ile hasta yakınlarının bire bir görüşebileceği, hasta bilgilerinin başkası tarafından duyulmayacağı şekilde oluşturulmalıdır.

Ziyaret zamanlarının her bir yoğun bakımın girişinde hasta yakınlarının görebileceği şekilde ilan edilip edilmediği gözlemciler tarafından değerlendirilir.

Gözlemciler tarafından gerek duyulması halinde hasta bilgilendirmelerinin güvenlik görevlisi eşliğinde yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır.

#### **KAYNAK:**

1.SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ'NE (YBÜ) GİRİŞ ESASLARI (14.01.2013):

Yoğun Bakım Ünitelerine Ziyaretçi Kabulü:

a)Pediatrik yoğun bakımlar da dâhil hasta ziyaretinin enfeksiyon kontrolü açısından sakıncalı olduğunu gösteren bilimsel veri yoktur.

b)Ziyaretçi sayısına kontrolünün zor olması çevre kontaminasyon riski nedeni ile kısıtlama getirilebilir. Kabul edilebilir ziyaretçi sayısına ünite bazında karar verilmelidir.

c)Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların yakınları tarafından ziyaretine karar vermelidir.

d)24 saat ziyarete izin verilen ünitelerde hasta, hasta memnuniyeti artmakta iken enfeksiyon riskinde artış olmamaktadır. Ziyaret saati uygulaması üniteden üniteye değişebilir.

e)Çocukların hasta ziyaretinin hasta iyileşmesi üzerine olumlu etkileri olduğundan enfeksiyon kontrol ilkelerine uymak kaydı ile hastanın çocuklarına ve kardeş çocukların ziyaretine izin verilebilir.

f)Ateş, burun akıntısı, öksürük, ishal, kusma ve enfeksiyöz dermatiti olan kişiler ziyaretçi olarak kabul edilmemelidir.

g)Toplumda salgın varlığında ziyaretçi kısıtlaması yapılabilir.

2.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

**(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)**

Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları

MADDE 5-

**ç) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** Hastane içinde, tercihen servisin yakınında yeterli büyüklükte hasta yakınları için bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenir. Bu görüşmeler ilgili hekimin veya sağlık personelinin talebi üzerine bir güvenlik görevlisi refakatinde gerçekleştirilir.

**SORU: Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli sayısı, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu mu?**

**SIRA** :75  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : YPYD,SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.5.1.** Erişkin Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;

- 1.Seviye için her 5 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
- 2.Seviye için her 3 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
- 3.Seviye için her 2 yatak için bir hemşire/sağlık memuru

Çocuk Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;;

- 2.Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru
- 3.Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru

Yeni doğan Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;;

- 1.Seviye: her 6 hasta için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
- 2.Seviye: her 5 hasta için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
- 3.Seviye: her 4 hasta için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru
- 4 A ve 4 B Seviye: her 3 hasta için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru görev yapmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlem sırasında yoğun bakım yatak doluluk durumu gözönüne alınarak çalışan personel sayısının seviyesine uyumlu olup olmadığı değerlendirilir. Çalışma listelerinde gece vardiyasında çalışan sağlık personeli sayısının da yeterli olup olmadığı değerlendirilir. Yatan hasta sayısı arttığında seviyesine uygun personel görevlendirilmesinin yapılıp yapılmadığı da sorgulanır.

**KAYNAK:**

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:**

Sorumlu uzman tabip ve personel görevlendirilmesi

**MADDE 17 – (1) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** Yoğun bakım servisi sorumlusu uzman tabip üniversite hastanelerinde ilgili ana bilim dalı başkanının görüşü alınarak ilgili klinik hekimlerinden baştabip tarafından görevlendirilir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde yoğun bakım servis sorumlusu, ilgili kliniğin öncelikli olarak eğitim sorumlusu ihtiyaç halinde ise idari sorumlusu olacak şekilde hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Eğitim verilmeyen sağlık kuruluşu ve kliniklerin yoğun bakım servis sorumlu hekimi hastane yöneticisi tarafından (a) bendinde belirtilen klinik hekimlerinden seçilir. Hastanın takip ve tedavisinden; tek branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım servis sorumlu hekimi, birden fazla branşta hasta kabul edilen yoğun bakım servislerinde ise hastanın yoğun bakım servisine yatışını yapan hekim primer sorumludur. Görevlendirme, baştabibin belirleyeceği sürelerle,



ilgili uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak yapılabilir. Yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilebilecek uzman tabipler şunlardır:

a) **(R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** Yoğun bakım servislerinde yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanları arasından, branş yoğun bakım servislerinde ise ilgili uzmanlık dalındaki bir uzman görevlendirilir.

b) Çocuk yoğun bakım servislerinde çocuk yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda, tercihen Bakanlıkça düzenlenen çocuk yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya bir çocuk cerrahisi uzmanı görevlendirilir.

**(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** c) Birinci, ikinci ve üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen yenidoğan yoğun bakım konusunda deneyimi olan bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilir. Dördüncü seviye (IV A ve IV B) yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabibin görevlendirilmesi zorunludur.

(2) Yoğun bakım servislerinde Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'de gösterilen uzman tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak, hizmetin yoğunluğu ve vakaların özelliğine göre yoğun bakım hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve sayıda personel baştabip tarafından görevlendirilebilir.

EK-1, EK-2 VE EK-3

#### **Personelin eğitimi**

**MADDE 19 –** (1) Yoğun bakım servislerinde görevlendirilen sorumlu uzman tabip, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve ebelerin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları sağlanır. **(Ek cümle:RG-22/3/2017-30015)** Ancak 17 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen uzmanlık dallarında ve branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilecek uzman tabipler için bu eğitimlerin alınması şartı aranmaz.

**SORU: Üçüncü ve Dördüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak TPN servisi kurulmuş mu, ya da bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmış mı?**

**SIRA** : 76

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 6

**BOYUTLAR** : YPYD,HED,İMİH,TBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.6.1.** Yeni doğan yoğun bakım servislerinde TPN servisi bulunmalıdır veya bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA :**

3. ve 4. seviye yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde TPN servisi ya da bu servislerin bulunduğu diğer hastanelerden hizmet alımı yapıp yapılmadığı sorgulanır.

## **KAYNAK:**

### **1.YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

Enfeksiyon Kontrolü, İzolasyon Odası ve Güvenlik Önlemleri

Enfeksiyon kontrolü

MADDE 11-

**(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** b) Üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde otomatik beslenme servisleri (TPN) kurulur ya da hizmet alımı yoluna gidilir. Otomatik beslenme servislerinin Bakanlıkça yayımlanan, Total Parenteral Nutrisyon (TPN) İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi'nde belirtilen standartlara uygun olması sağlanır. Total Parenteral Nutrisyon (TPN) için hizmet alımı yapan sağlık tesisleri, tescil işlemleri ve denetimler sırasında hizmet alım protokolünü ve hastaya kullanımını belgelemekle yükümlüdür.

## **2.TOTAL PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALAR REHBERİ**

### **1. Hazırlama Bölümünün Özellikleri:**

1.1. Kontaminasyonu önlemek için PN solüsyonları, EudraLex Volum-4/Annex-1 (Avrupa Birliği Steril Tıbbi Ürünlerin üretim Kuralları) ve ISO 14644-1 de yer aldığı şekilde, havasındaki partikül konsantrasyonu kontrol edilebilen, partiküllerin oda içine girişi ve odada bulunmasını minimale indirecek şekilde yapılmış; ayrıca gereğinde nem, ısı, basınç gibi diğer parametrelerin de ayarlanabildiği temiz odalarda hazırlanmalıdır.

1.2. PN hazırlama odaları asgari Class C hava sınıflamasına, PN hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında Class A sınıflamasına sahip olmalıdır.

1.3. Havalandırma ve iklimlendirme (H.V.A.C.) sistemi kapsamında bulunan filtreler (torba, panel, HEPA) düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

1.4. H.V.A.C. sistemlerinin kurulum, teslim alınma ve kullanımları süresince validasyonu yapılarak sistemin doğruluk, güvenilirlik ve tekrarlanabilirliğinin kanıtlanması sağlanmalıdır.

1.5. H.V.A.C. validasyonu, hazırlanacak bir plan doğrultusunda yapılması gereken D.Q. (Design), I.Q. (Installation), O.Q. (Operation), P.Q. (Performance Qualification) çalışmalarını kapsamalıdır.

1.6. H.V.A.C. sistemi validasyo çalışmalarından sonra düzenli olarak, sistemin fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri yapılarak performans kalitesinin yeterliliği izlenmelidir. Bu kapsamda yapılacak kontrollerde periyodik olarak, HEPA filtre sızdırmazlık testi (D.O.P.test), hava hızı, hava değişim sayısı, hava akış yönü (smoke test), yeniden temizlenme zamanı (recovery time), partikül sayımı (at rest - in operation), oda sınıflaması, basınç farkları, sıcaklık, nem parametreleri izlenmelidir.

1.7. Validasyon tercihen akredite bağımsız bir firma tarafından yapılmalıdır.

1.8. PN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

1.9. Personel girişi için air-lock (hava kilidi) ve malzeme geçişi için HEPA filtreli materyal "pass box" bölümlerini içermelidir.

1.10. Hazırlama bölümünde alkol bazlı bir el antiseptiği bulundurulmalıdır.

1.11. Hazırlama bölümünde hazırlama ve depolama ile ilgili kurallar yazılı olarak bulundurulmalıdır.

1.12. Hazırlama alanına gereksiz giriş ve çıkışlar engellenmelidir.

1.13. Hazırlama alanında yemek yenmemeli, içecek ve sigara içilmemelidir.

1.14. Temiz odanın klima sistemi asla tümüyle kapatılmamalıdır. Temiz odada işlem yapılmayan zamanlarda bile yavaşlatılmış olarak çalıştırılmalıdır.

### **2. Dolum Cihazının Bakımı:**

- 2.1. Bir önceki günden kalan ve kullanılmış tüm solüsyonlar ve transfer setleri atılmalıdır. Setler günlük değiştirilmeli, kontamine olursa anında değiştirilmelidir.
  - 2.2. Otomatik karıştırıcı uygun antiseptik solüsyonlarla kapsamlı bir şekilde temizlenmelidir.
  - 2.3. Dolum cihazı talimatlara göre kalibre edilmelidir.
  - 2.4. Otomatik dolum cihazlarının çalışmasının verimli olmasını sağlamak için PN ürünlerini üreten firmalardan ürünleri ile ilgili bilgi alınmalı ve önerilere uyulmalıdır.
  - 2.5. Günlük kayıtlara uygun veriler kaydedilmeli ve imzalanmalıdır.
  3. Hazırlama Bölümünde Dolumun Yapılması:
    - 3.1. Kayıt tutulması işlemleri hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
    - 3.2. PN torbaları günlük olarak hazırlanmalıdır.
    - 3.3. Solüsyonların ambalajlarından çıkarılması gibi partikül oluşturabilecek işlemler hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
    - 3.4. Tek kullanımlık olan PN torbası ve setleri ikinci kez kullanılmamalıdır.
    - 3.5. Hazırlanan torba üzerine yapıştırılan etikete tarih, saat, hasta ismi, PN içeriği mutlaka yazılmalıdır.
    - 3.6. Şüpheli durumlar tespit edildiğinde, torba klipsi kapatılmalı ve dolum sonrası mikrobiyolojik kültür alınmalıdır. Mikrobiyolojik kültür örnekleri kültür çizelgelerine kayıt edilmelidir.
    - 3.7. Torbalarda problem olduğunda (delinme, içerikle ilgili karışıklık v.b.) derhal işlem durdurulmalı ve işlem basamakları yeniden kontrol edilerek tekrar dolum yapılmalıdır.
  4. Hazırlama Bölümünün Temizliği:
    - 4.1. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemi temizden kirliye doğru yapılmalıdır. Sırasıyla önce kabinin tavanı, iç yan yüzeyleri, arka yüzeyleri, masa üstü ve alt kısmı temizlenmelidir. Bu işlem her gün bir kez tekrarlanmalıdır.
    - 4.2. Kabin içi temizlik kabinin özelliğine uygun dezenfektan ile yapılmalıdır.
    - 4.3. Kabin her kullanımdan sonra temizlenmelidir. Temizlik odada PN doldurulmadığı dönemde yapılmalıdır.
    - 4.4. Hazırlama ünitesinin temizliği her gün sabah yapılmalıdır. Gün içerisinde yer yüzeylerinde kirlenme olduğunda işlem tekrarlanmalıdır.
    - 4.5. Laminar hava akım başlıklarının filtreleri üretici firma önerileri doğrultusunda, partikül sayım sonuçları dikkate alınarak uygun aralıklarla değiştirilmelidir.
    - 4.6. Temiz alana girecek tüm malzemelerin (cam, metal, PVC torbalar gibi) yüzeyi alana alınmadan önce temizlenmelidir.
  5. Hazırlama Bölümünde Görevlendirilen Personel ile ilgili Öneriler:
    - 5.1. Görevliler aseptik teknikler hakkında eğitilmelidir. Personelin, temel uygulamalar, antisepsi tekniği, laminar hava akımının kullanılması, el yıkama ve çalışma alanının temizliği hakkında yetkinliği sağlanmalıdır.
    - 5.2. Hazırlama ile ilgili personel odaya girmeden önce tüm el, parmak ve bilek takı ve mücevherlerini çıkarmalıdır.
    - 5.3. Hazırlama alanına girmeden önce el hijyeni sağlanmalı, tampon bölgede önlük ve eldiven giyilmeli, maske ve saçları tamamen kapatan bone takılmalı ve galoş giyilmelidir.
    - 5.4. Aktif infeksiyonu olan görevliler hazırlama biriminde çalıştırılmamalıdır.
    - 5.5. Elllerinde kızarıklık, çatlak veya açık yara olan personel PN hazırlama bölümünde çalıştırılmamalıdır.
- İKİNCİ BÖLÜM: DEPOLAMA, SAKLAMA VE TAŞIMA İÇİN ÖNERİLER**
1. Depolama ve saklama:
    - 1.1. PN hazırlanmasında ve uygulanmasında kullanılan solüsyon, ilaç, araç-gereç ve ekipmanlar üretici önerisine göre depolanmalıdır.
    - 1.2. Soğutucuların sıcaklıkları monitörize edilmelidir.
    - 1.3. İlaç ve malzemeler yerden yüksek raflarda saklanmalıdır.

1.4. Kullanım öncesi her ürünün kutusu hasar ve son kullanım süresi açısından incelenmelidir.

1.5. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar ve malzemeler aktif depolama alanlarından kaldırılmalıdır.

2. Taşıma:

2.1. Hazırlama bölümünde dolumu tamamlanan PN solüsyonları kapaklı ve kilitli arabalara yerleştirilerek kliniklere gönderilmelidir.

2.2. Hazırlanan torbalar imza karşılığında teslim edilmelidir.

**SORU: Yoğun bakım servislerinde seviyesine uygun izolasyon odası bulunuyor mu?**

**SIRA** : 77

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 7

**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ,İMİH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.7.1.** İkinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunur. Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde her yirmi yatağa kadar en az bir, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde ise her on beş yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon odası oluşturulur.

**YB.7.2.** Temas izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmamalı (ortak koridora açılabilir), oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunup bulunmadığı değerlendirilir. (Üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde her yirmi yatağa kadar en az bir, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde ise her on beş yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon odası olup olmadığı değerlendirilir. Üçüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servisleri için her 20 yatağa kadar en az 1 temas izolasyon odası şartının 31. 12.2018 tarihine kadar sağlanması zorunlu tutulmuştur. Bu nedenle bu koşulu sağlayamayan üçüncü basamak yeni doğan yoğun bakımlar bu unsurdan muaftır. )

Temas izolasyon odalarının girişleri hasta bakım alanlarına değil ortak koridora açılmalıdır. Oda giriş kapısının hemen dışında hasta alanlarından bağımsız musluk ve lavabo bulunmalıdır. Hasta bakım alanlarında her 6 yatağa kadar bir lavabo tanımlamasına izolasyon odası girişlerindeki lavabolar dahil değildir. 6 yataklı ve 1 temas izolasyonu olan üçüncü seviye yoğun bakımda en az 2 lavabo olması durumunda olumlu değerlendirilir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Enfeksiyon Kontrolü, İzolasyon Odası ve Güvenlik Önlemleri

İzolasyon odası

**(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)**

MADDE 12-

**(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** (1) İkinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunur. Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde her yirmi yatağa kadar en az bir, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde ise her on beş yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon odası oluşturulur.

**(R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** (2) Temas izolasyon odalarının tek yataklı olarak düzenlenmesi zorunlu olup yenidoğan yoğun bakım servisindeki izolasyon odaları için giriş alanı dahil en az 10 m<sup>2</sup>, çocuk ve erişkin yoğun bakım servislerindeki izolasyon odaları için ise en az 15 m<sup>2</sup> alan ayrılır. Aynı hastalık grubuna ait hastaların kullanabilmesi için iki yataklı düzenlenebilir ancak fiziki şartlar iki yatağa uygun olarak oluşturulmalıdır.

**(R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** (3) Temas ve solunum izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılmaz, ortak koridora açılabilir. Oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunur.

**(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** (4) Bakanlık tarafından uygun görülen sağlık kuruluşlarında; üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde havanın % 100'ünü dışarı atabilen en az bir negatif basınçlı solunum izolasyon odası tesis edilir.

(5) Negatif basınçlı solunum izolasyon odalarının duvarları, tavanı ve zemini sızdırma olmayacak şekilde tasarlanır. İzolasyon odalarının tüm çıkış kapılarının kendiliğinden kapanabilir nitelikte olması sağlanır. Bu odalarda ayrıca acil iletişim ve uzaktan hasta monitorizasyon sistemi de bulunur.

**(R.G. Değişik:16/08/2015-29447)** (6) Basınçlı solunum izolasyon odalarında, odanın basınç durumunu sürekli olarak izlemeyi sağlayan oda içi basıncın dış ortama göre kıyaslanabildiği monitorizasyon sistemi bulunur.

**(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** (7) Hemşire sayısı yeterli olan sağlık tesisleri ile uzaktan monitorizasyon sistemi bulunmayan sağlık tesislerinde izolasyon odaları için ayrıca hemşire görevlendirilir.

**SORU: 3. basamak yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılıyor mu?**

**SIRA** : 78  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB,TKY,SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.8.1.** Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılmalıdır.

**YB.8.2.** Beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları izlenmeli ve analiz sonuçları yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

**AÇIKLAMA :**

Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara yattıklarında ve belirli aralıklarla hastalık şiddetinin belirlenmesi, hastaların tedavilerinin yönlendirilmesi, klinik çalışmalarda hastaların gruplandırılması, yoğun bakım ünitelerinin etkinliklerinin kendi içlerinde ve birbirleri arasında karşılaştırılması için hastalık şiddeti skorlaması yapılmalıdır. Skorum sistemleri kullanılarak organ disfonksiyonu ya da mortalite beklentisi değerlendirilir. Erişkinlerde APACHE II, SAPS II, çocuklarda PRISM, yeni doğanlarda SNAP II ve SNAP PEII skorum sistemleri örnek olarak gösterilebilir, ancak yoğun bakım sorumlu hekimi tarafından uygun görülen başka skorum sistemlerinin kullanılması durumunda da olumlu olarak değerlendirilmelidir. Beklenen mortalite skoru hastanın yatışından 24 saat sonra hesaplanmalı, beklenen ve gerçekleşen mortalite analizleri sağlık tesisinin belirlediği periyotlarda analiz edilerek değerlendirilmelidir.

**SORU: Hastanın beslenme durumu, bası yarası takibi, ağrı, ruhsal durumu ve destek ihtiyaçlarını içeren değerlendirmeler yapılıyor mu?**

**SIRA** : 79  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB,SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.9.1.** Hastanın beslenme durumu (enteral ve parenteral beslenme), ruhsal ve/veya nörolojik durumu, ağrı durumu, bası yarası takibi ve bakımı, kişisel bakım ihtiyaçları (el-yüz temizliği, ağız bakımı, ayak/tırnak bakımı, saç-sakal bakımı gibi) günlük değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından günlük hasta izlem formlarında hastaların beslenme durumu, ruhsal ve nörolojik durumu, ağrı durumu, bası yarası takibi ve bakımı, kişisel bakım ihtiyaçlarının günlük olarak değerlendirildiğine dair kayıtlar incelenir. Eksiklik durumunda olumsuz değerlendirilir.

**KAYNAK:**

1-YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

S – Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

Madde 132:

a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olgunlaştırıcı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını,

içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içerir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icabeden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

c) Hastalara iyi muamele etmek, onların dertlerini dinlemek, teselliye muhtaç olanları ve ameliyat heyecanı içinde bulunanları teselli ve teskin etmek, sağlık eğitimi konusunda bilgi vermek hemşirelerin esas görevleridir.

Uzmanlarca analizine lüzum görülen materyali hastalardan alır ve laboratuvara gönderirler. Serviste yemek dağıtımını, hastaların yemek yemeklerini gözetler, kendisi yemek yiyemeyecek durumda olan hastaların bizzat yemeğini yedirirler. Banyo yapacakları yardımcı hizmetli ile banyoya gönderirler, gidemeyenlerin yataklarında temizliğini yaptırırlar.

## 2-HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİÇALIŞILAN BİRİM/SERVİS/ÜNİTE/ALANLARA GÖRE HEMŞİRELERİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

A) Yoğun Bakım Hemşiresi: Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir.

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1.Hemşirelik bakımı:

a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

b) Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.

c) Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.

ç) Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

d) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.

e) Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.

f) Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

g) Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.

ğ) Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.

h) Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.

ı) Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.

i) Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

j) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

b) Diğer sağlık personeli ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.

ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünitede hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

h) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir.

#### **SORU: Yatışı yapılan her hastanın Nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu?**

**SIRA** : 80

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 10

**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TBH,SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.10.1.** Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve HBYS ye tanımlanmalıdır.

**YB.10.2.** Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Hastaneye yatan hastalarda değerlendirildiği gibi yoğun bakım hastaları da yatışlarında NRS 2002 formu ile değerlendirilmelidir. NRS 2002 formu 18 yaş üzeri, gebe olmayan, erişkin hastalara uygulanan bir formdur. Çocuk yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakımlarda sorumlu hekimin



tercihine bağı olarak çocuk ve yeni doğanlar için uygun farklı formlar kullanıldığında da olumlu olarak değerlendirilir. NRS 2002 formu HBYS' ye entegre edilmeli ve HBYS üzerinden nutrisyon ekibine direkt konsültasyon gönderilebilmelidir. HBYS' ye entegre değil ise olumsuz olarak değerlendirilir.

Yoğun bakımın seviyesi ve ihtiyacına göre varsa nutrisyon ekibinin uygun gördüğü enteral/parantral/oral beslenme solüsyonları hastane eczanesinde mevcut olmalı ve gerektiğinde hastalara kullanılabilir.

**SORU: Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 81  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.11.1.** Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hekim tarafından en geç 24 saat içinde değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**YB.11.2.** Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

**YB.11.3.** Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planı içeren order verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hekim tarafından en geç 24 saat içinde değerlendirme yapıldığına dair kayıtlar bilgisayardan ya da dosya üzerinden değerlendirilerek, hastanın yatışının yapıldığı tarih ile doktorunun ilk değerlendirme kayıtları karşılaştırılır. Randomize birkaç hastada değerlendirilmelidir.

Yoğun bakım hastalarının günlük tıbbi değerlendirmeleri ve takip kayıtları randomize seçilen hasta dosyaları ya da bilgisayardaki kayıtlar üzerinden değerlendirilir.

Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaç bilgilerini içeren order verilmelidir. HBYS üzerinden verilen orderların çıktısı alınmalı ve bu çıktılar ordere veren hekim tarafından ıslak imza ile imzalanarak kaşelenmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri(gözlem)ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72 –

Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesi ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

**SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu?**

**SIRA** : 82  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : YPYD,HGY,TKY,SBH, EHY  
**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.12.1.** Acil müdahale setinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**YB.12.2.** Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miat kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Yoğun bakımda bulunan acil müdahale setindeki cihazların (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olup olmadığı gözlemci tarafından çalıştırılmak suretiyle kontrol edilir ve günlük kontrol kayıtları görülür. Defibrilatörün şarjının olup olmadığı, fişi çıkarıldığında çalışıp çalışmadığı, laringoskobun bleyt ışıklarının yanıp yanmadığı, yedek pilleri, aspiratörün çekip çekmediği kontrol edilir.

Gözlemciler tarafından acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerinin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) miktar ve miatlarının kontrol listesi ile uygunluğu değerlendirilir. İlaçların yerleşimi yapılırken benzer görünüş ve isme sahip ilaçların farklı bölümlerde olup olmadığına dikkat edilmeli, buzdolabında saklanması gereken ilaçların (Örneğin propofol, kas gevşeticiler, insulin vb.) acil müdahale setinde olup olmadığı değerlendirilmelidir. Farklı numaralarda entübasyon tüpleri ve son kullanım tarihleri randomize kontrol edilir.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi birim sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman kullanıma hazır durumda bulunmalıdır.

**SORU : İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 83  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM  
**BÖLÜM SIRA NO** : 13  
**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TKY,SBH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.13.1.** İlaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmış olmalıdır.

**YB.13.2.** İnfüzör veya perfüzör ile İ.V. olarak ilaç /serum infüzyonu uygulanıyorsa, verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, verilmiş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

#### **AÇIKLAMA :**

Gözlemciler tarafından yoğun bakımda hastalara uygulanan ilaçların hemşire gözlem formunda uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismini içerecek şekilde kayıtlarının olup olmadığı değerlendirilir. Uygulamayı yaptıktan sonra isim ve soyadının baş harflerini içerecek şekilde paraflandığı gözlenmelidir.

Gözlem sırasında yoğun bakımda yatmakta olan İ.V. olarak ilaç /serum infüzyonu uygulanan randomize seçilen birkaç hastada, mayi üzerinde verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, verilmiş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayan kişi bilgilerini içeren etiket vb. olup olmadığı değerlendirilmelidir. (İçinde ilaç olmayan boş serum infüzyonları da etiketlenmelidir.)

#### **KAYNAK:**

**YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:**

**MADDE 132:**

b) hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve hekimlerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içerir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

**SORU: Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmiş mi? (Gözlem esnasında hareket kısıtlaması uygulanmış hasta görülemediğinde, personelin konu hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir.)**

**SIRA** : 84  
**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 14

**BOYUTLAR** : YPYD,SBH, TBH,İMİH, HDB

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**YB.14.1.** Hareket kısıtlamasında kullanılan ekipman mevcut olmalıdır.

**YB.14.2.** Hareket kısıtlama kararı alınan hastalarda tedavi planında uygulama başlangıç ve sonlandırma zamanı, takip aralıkları belirtilmeli ve kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.

**AÇIKLAMA :**

Yoğun bakımda hareket kısıtlama orderı verilen hastalarda kullanılan üst ve alt ekstremitte tespit bantları uygulama yapılan hasta varsa hasta üzerinden değerlendirilmelidir. Uygulama yapılan hasta yoksa tespit bantları görülmelidir.

Değerlendirme esnasında hareket kısıtlama kararı alınan hasta var ise tedavi planında hekim tarafından kısıtlamanın başlangıç ve bitiş zamanının, uygulamanın hangi aralıklarla takip edileceğinin belirtilip belirtilmediği değerlendirilmelidir. Hareket kısıtlaması yapılmış hasta yok ise konu hakkında sağlık personelinin bilgisi sorgulanır.

**SORU: Bünyesinde yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan hastanelerde uygun şartlarda anne uyum odası oluşturulmuş mu?**

**SIRA** : 85

**BÖLÜM ADI** : YOĞUN BAKIM

**BÖLÜM SIRA NO** : 15

**BOYUTLAR** : YPYD,İMİH, TBH,HED

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**YB.15.1.** Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları bulunmalı, anne uyum odası en fazla üç yatak olacak şekilde düzenlenmelidir.

**YB.15.2.** Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde özellikle prematüre bebeği olan annelerin bebekleri ile birlikte kalabilecekleri, tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde ve en fazla üç yatak içeren anne uyum odaları değerlendirilir.

Anne uyum odalarında hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ**

**Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fizikî şartları**

**MADDE 8 – (1)** Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

a) Çocuk sağlığı hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri hariç, genel hastaneler bünyesindeki yenidoğan yoğun bakım servisleri, doğum yaptırılan birimlere yakın ve tercihen aynı katta olmalıdır. Ayrı katlarda olması halinde süratli, kolay ulaşımı sağlayan ve transport küvözü taşıyabilecek nitelikte bir asansör bulunmalıdır.

**(R.G. Değişik:29/05/2013-28661)** b) Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; özellikle prematüre bebeği olan annelerin, taburcu olmadan önce, bebekleriyle birlikte kalabilecekleri ve tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları tahsis edilir. Bir anne uyum odasında en fazla üç yatak bulundurulabilir. **(R.G. Değişik:22/03/2017-30015)** Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunur.

c) Servis bünyesinde anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi için uygun koltukları, lavabosu bulunan, görevli personel ile rahat iletişim kurma imkânı sağlayan ayrı bir alan düzenlenir. Bu alanda süt sağlamak ve saklamak için uygun ekipman bulunması sağlanır.

# AMELIYATHANE

**SORU: Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?**

**SIRA** : 86  
**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD,TBH ,İMİH,EKÖ,SBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**A.1.1.** Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.

**A.1.2.** Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.

**A.1.3.** Ameliyathane geçiş alanlarında sedye değişimi yapılmalıdır.

**A.1.4.** Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.

**A.1.5.** Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.

**A.1.6.** Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Ameliyathanede hasta ve personel için ayrı girişler olup olmadığını değerlendirmelidir. Girişler ortak kapıdan yapılıyor ise olumsuz olarak değerlendirilir.

Personel girişinden yetkisi olmayan kişilerin geçmesine izin vermeyecek şekilde kartlı ya da şifreli olarak kontrollü geçiş sağlanmış olmalıdır.

Ameliyathane geçiş alanları kirli, temiz ve steril alanlar olarak tanımlanır. Sedye değişimi kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana geçişte kayan sedyeler aracılığı ile yapılmalıdır.

Lokal anestezi ile ameliyathane olacak hastaların servise yatışı yapıldıktan sonra serviste ameliyathane öncesi hazırlığı tamamlanıp ameliyathane kıyafetleri giymiş olarak sedye veya tekerlekli sandalye ile bir personel eşliğinde ameliyathaneye transferi hasta girişinden yapılmalıdır.

Hastaların ameliyathane ve servise transferinin sağlık personeli eşliğinde yapılıp yapılmadığı ve transfer kayıtları değerlendirilmelidir.

Lokal hastaların ameliyathaneye gündelik kıyafetleri ile geldikleri gözlemlendiğinde olumsuz olarak değerlendirilir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM

REHBERİ: Hastane Denetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı

7.1.1. Ameliyathane hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.

a) Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

7.1.2. k) Hastanın uygun derlenme kriterleri sağlandığında, derlenme hemşiresi tarafından servis hemşiresi aranarak hastanın servise çıkabileceği haber verilir. Hasta, uygun transfer aracı ile ameliyathane hasta çıkışında, ilgili servis hemşiresine dosyası ile beraber teslim eder.

**SORU: Hasta yakınları için bekleme ve bilgilendirme koşulları sağlanmış mı?**

**SIRA** : 87  
**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD,HAH,İMİH,SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**A.2.1.** Hasta yakınının bekleme alanı/odasında hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.

**A.2.2.** Bilgilendirme hasta mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde hasta yakınlarının ameliyattaki hastaları hakkında bilgi alabilmeleri için bekleme alanı veya odası oluşturulmalıdır. Bu alanlarda bilgilendirme bir personel aracılığı ile ya da bilgilendirme ekranı aracılığı ile yapılabilir. Bilgilendirmenin nasıl yapıldığı sorgulanmalıdır. Bilgilendirme ekranının çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir.

Hastanın bilgi gizliliği talebi olması durumunda, bilgilendirme ekranında rumuz vb. uygulamaların yapılıp yapılmadığı, personel aracılığı ile bilgilendirme yapılırken mahremiyete özen gösterilip gösterilmediği değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

7.1.1.

e) Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmalıdır.

**SORU: Steril olmayan alan (kirli) , yarı steril alan (temiz) ve steril alanlar tanımlanmış mı?**

**SIRA** : 88  
**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD, EKÖ,İMİH,TBH, SBH



## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

**A.3.1.** Steril olmayan alan, yarı steril alan ve steril alanlar tanımlanmış olmalıdır. Bu alanların görsel ve fiziksel olarak (bariyer) ayırımı yapılmalıdır.

**A.3.2.** Steril olmayan alandan yarı steril alana geçerken terlik/galoş ve uygun kıyafet giyilmelidir.

**A.3.3.** Steril alana geçişte, terlik değiştirilmeli, bone ve maske takılmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Ameliyathanelerde steril olmayan (kirli), yarı steril (temiz) ve steril alanlar ve bu alanlarda personelin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.

**Steril Olmayan (kirli) Alan:** Ameliyathane yarı steril alan başlangıcında son bulan alandır. Bu alanda ameliyathane giriş koridoru, tuvaletler, personel soyunma odaları, duşlar ve kirli malzeme deposu bulunur.

**Yarı Steril (Temiz) Alan:** Steril ve steril olmayan (kirli) alan arasındaki geçiş bölgelerini tarif etmek üzere kullanılmaktadır. Bu alanda personel dinlenme odaları, preoperatif hazırlık ve uyandırma odaları bulunmalıdır.

**Steril Alan:** Yarı steril (temiz) alan bitiminden itibaren başlayan tüm ameliyathane odaları, ameliyathane odalarının açıldığı koridorlar ve bu koridorlarda bulunan el yıkama ünitelerinin bulunduğu alanları kapsar. Uyandırma odası bu alanda da bulunabilir.

Gözlemci tarafından ameliyathane alan tanımlarının, alanlar arasında kullanılan görsel ve fiziksel ayrımların, terlik ve sedye değişiminin uygun yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

### KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

7.1. Ameliyathane Hizmet Sunumu Süreci

7.1.1. Ameliyathane hizmet sunumu için uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.

a) Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

b) Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.

c) Steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir. (farklı alanlarda farklı renk sistemi, şerit ile ayırma, tabela vb.) Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

**SORU: Güvenli Cerrahi Kontrol listesinin Ameliyathanede yapılması gereken bölümleri eksiksiz uygulanıyor mu?**

**SIRA** : 89

**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE

**BÖLÜM SIRA NO** : 4

**BOYUTLAR** : YPYD, HGY,TKY, SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**A.4.1.** Güvenli cerrahi listesi ameliyatın safhasına göre doldurulmuş olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Güvenli Cerrahi Kontrol listesi 4 bölümden oluşur:

1-Klinikten Ayrılmadan Önce

2-Anestezi Verilmeden Önce(Hastanın ameliyat masasına alınarak monitörize edildiği, hasta kimlik bilgileri, cihaz ve ekipmanın kontrol edildiği aşamadır. Güvenli anestezi kontrol listesinin doldurulup doldurulmadığı da bu aşamada kontrol edilmelidir.)

3-Ameliyat Kesisinden Önce (Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki periyot) Ekip, cilt veya ameliyat kesisi öncesinde, doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak teyit etmek üzere durmalıdır. Sonra ameliyat planlarının kritik unsurlarını Kontrol Listesi'ndeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidirler. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.

4-Ameliyattan Çıkmadan Önce (Yaranın kapanması sürecindeki ve kapanmasının hemen sonrasındaki, ancak hastanın ameliyathaneden çıkarılmasından önceki periyot) Ekip, gerçekleştirilmiş olan ameliyatı, spanç (tampon) ve aletlerinin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirecektir. Aynı zamanda aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili anahtar hususları ve düşünceleri gözden geçirir. Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir. Değerlendirme sırasında 2, 3, 4. aşamalarda kontrol listelerinin eksiksiz doldurulup doldurulmadığı kontrol edilir. 4. Aşamanın liste sorumlusu steril olarak ameliyata giren ekip dışından bir personel olmalıdır. Liste sorumlusu olarak imza atan personelin steril olarak ameliyata giren ekip dışından olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Gözlemciler yukarıda belirtilen açıklamalar doğrultusunda "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin" ameliyatın safhasına uygun olarak doldurulduğunu, ameliyatı devam eden bir hastanın dosyasında, ameliyatın hangi aşamada olduğunu öğrenerek değerlendirmelidir.

**SORU: Ameliyathanede uygun fiziksel koşullar oluşturulmuş mu?**

**SIRA** : 90

**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE

**BÖLÜM SIRA NO** : 5

**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ, TBH,İMİH, AYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**A.5.1.** Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.

**A.5.2.** Alt yapı ve donanımı oluşturulmuş uyandırma odası olmalıdır.

**A.5.3.** Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.

**A.5.4.** Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Ameliyathanenin duvar ve tavan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, zemine parçacık dökülmeyecek, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır. Duvar yüzeylerinde hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına karşı koruma yapılmalıdır. Zemin yüzeylerinin kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı engelleyen sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan kolayca temizlenebilen antistatik özellikte malzeme kullanılıp kullanılmadığı gözlenmelidir.

Gözlemciler tarafından uyandırma odasının altyapı ve donanımı (medikal gaz sistemleri, monitor, aspiratör, perde/paravan, mayi askısı, defibrilatör, laringoskop, entübasyon tüpleri, maske,ambu vb. tıbbi sarf malzemeleri olup olmadığını) değerlendirir. Uyandırma odası temiz veya steril alan içerisinde olmalıdır.

Ameliyathane içindeki personel dinlenme odalarının steril alanda bulunması durumunda olumsuz değerlendirilir.

Ameliyathanelerin steril alanında temiz alandan hasta ve personel geçişi dışında dışarı açılan başka bir kapı, pencere bulunmamalıdır. Steril alana; asansör, yangın çıkış kapısı, ameliyathane deposu, kafeterya, dinlenme odası, sterilizasyon ünitesinin kirli alanı açılmamalıdır. Sterilizasyon ünitesinin steril malzeme deposu bir pencere şeklinde açılabilir. Penceresi olan ameliyathanelerin pencerelerinin açılmaz ve ameliyathane içine partikül girişine engel olacak özellikte olması durumunda olumlu değerlendirilecektir. Kirli malzemelerin sterilizasyon ünitesine transferine yönelik düzenleme yapılmalı, kirli malzemeler sayılarak kayıt altına alınmalı ve kapalı kutu veya araçlarla transferi sağlanmalıdır.

#### **KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

7.1.1 b) Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.

**SORU: Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?**

**SIRA** : 91

**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE

**BÖLÜM SIRA NO** : 6

**BOYUTLAR** : YPYD,HGY,HDB,TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

**A.6.1.** Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi değerlendirme formu doldurulmalıdır.

**A.6.2.** Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.

**A.6.3.** Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Ameliyathanede gözlemciler genel değerlendirmede mevcut hasta onamları ile ilgili soruya cevap verebilmek için hasta dosyalarındaki anestezi ve cerrahi işlem onam formlarını da kontrol etmelidirler.

Ameliyata alınacak her hastanın (acil hastalar hariç) birkaç gün önce anestezi uzmanı tarafından anestezi ve cerrahi riskinin değerlendirilerek, anestezi değerlendirme formunun doldurulması gereklidir. Gözlemciler bunu cerrahi servislerde ve ameliyathanedeki hasta dosyalarında değerlendirirler.

Gözlemciler ameliyat odalarında ve uyandırma odalarında bulunan hasta dosyalarında bu formun uygun olarak doldurulduğunu değerlendirmelidir.

Gözlemciler serviste ve uyandırma odalarında post-op hasta dosyalarında anestezi kayıt formunun uygun olarak kullanıldığını değerlendirmelidir.

### KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

Ameliyat Öncesi Konsültasyon; Elektif ameliyata girecek olgular ayaktan tetkik aşamasında anestezi polikliniğinde konsülte edilerek ameliyata hazırlanmalıdır. Yatan hastalar ise yerlerinde konsülte edilir.

Hazır olan hastaya anestezi uzmanı tarafından anestezi uygular. Anestezisi verilen hasta cerrah tarafından ameliyata alınır. Ameliyat sonuçlanana kadar, anestezi uzmanı ve anestezi teknisyeni tarafından takip edilir ve anestezi takip kayıtları tutulur.

**SORU: Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce ilgili cerrah tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?**

**SIRA** : 92

**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE

**BÖLÜM SIRA NO** : 7

**BOYUTLAR** : YPYD,HDB, TBH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**A.7.1.** Post operatif bakım ve tedavi planı ve ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

**A.7.2.** Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler her iki unsuru da uyandırma odasında bulunan hastaların dosyalarında ve servislerde post-op ameliyattan yeni çıkan hasta dosyalarında değerlendirmelidir. Post-operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notu hasta ilgili birime nakledilmeden önce, ilgili cerrah tarafından tarih ve saat belirtilerek yazılmış olmalıdır.

**SORU: Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri ve etkinlikleri kontrol ediliyor mu?**

**SIRA** : 93  
**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ ,SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**A.8.1.** Hazırlanan cerrahi alet dezenfektan solüsyonlarının son kullanma tarihleri bulunmalıdır.

**A.8.2.** Etkinlik indikatörleri ile yüksek düzey solüsyonların etkinlikleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Özellikle genel cerrahi ve üroloji ameliyathanelerinde kullanılan cerrahi malzemelerin dezenfeksiyonu amacı ile yüksek düzey dezenfektan solüsyonlar kullanılmaktadır. Bu solüsyonların bazıları her gün değiştirilirken, bazı solüsyonlar prospektüsünde belirtilen sürelerde kullanılabilir. Hazırlanan solüsyonların üzerinde son kullanma tarihi belirtilmelidir. Yüksek düzey dezenfektanların bir kısmı nötralize edilerek kanalizasyon sistemine boşaltılabilirken, bir kısmı tehlikeli madde özelliğinde olup nötralize edilemez. Bu durumda tehlikeli atık kapsamında bertarafı sorgulanmalıdır.

Solüsyonların etkinliği her gün ve gün içerisinde on kullanımdan sonra olmak üzere etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmelidir. Kontrollerin kayıtları tutulmalıdır. Gözlemciler bu kayıtları görmelidirler.

**SORU: Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?**

**SIRA** : 94  
**BÖLÜM ADI** : AMELİYATHANE  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD,TKY,HGY,SBH,TBH

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**A.9.1.** Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.

**A.9.2.** Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır.

Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.

**A.11.3.** Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Patoloji materyallerinin patoloji laboratuvarına transferinin nasıl olması gerektiği her aşaması ayrıntılı olacak şekilde yazılı düzenleme ile tanımlanmalıdır. (Materyalin ameliyathaneden kime teslim edileceği, patoloji laboratuvarı farklı bir binada ise transferinin ne yolla yapılacağı vb.) Gözlemci yazılı düzenlemedeki bu hususların varlığını kontrol etmelidir.

Ameliyathanede patoloji materyallerinin toplandığı alanda varsa saklama kaplarının üzerindeki barkod bilgilerini gözlemci kontrol etmelidir. Gözlem sırasında patoloji materyalinin bulunmaması durumunda ameliyathane personelinden süreç sorgulanmalıdır.

Hasta bilgileri, ön/kesin tanı, patoloji materyalinin alındığı bölge, ameliyathaneden teslim eden ve transferi yapacak olan personelin teslim aldığına dair imzasının bulunduğu teslim tutanakları (defter, form vb.) gözlemciler tarafından incelenmelidir

# STERİLİZASYON

**SORU : Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?**

**SIRA** : 95  
**BÖLÜM ADI** : STERİLİZASYON  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD,SBH,EKÖ,İMİH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**ST.1.1.** Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.

**ST.1.2.** Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

**ST.1.3.** Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

**ST.1.4.** Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmeleri ayrı alanlarda yapılmalıdır.

**ST.1.5.** Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

**ST.1.6.** Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sterilizasyon ünitesinin fiziki yapısı incelenerek, değerlendirilecek unsurların karşılanıp karşılanmadığı incelenmelidir.

Sterilizasyon ünitesinde, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanların olup olmadığı, malzeme akış yönünün kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olup olmadığı gözlenmelidir.

Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonun yapıldığı gözlenmelidir. Dekontaminasyon alanı, işlem bölümünün bütün öteki alanlarından fiziksel olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır

Malzemelerin paketlenme işleminin temiz alanda yapıldığı gözlenmelidir. Dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketlenme işlemlerinin ve steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin bu alanda bulunup bulunmadığı gözlenmelidir. Steril olacak alet ve malzemelerin beklemesi, yüklenmesi, bu alanda yapılmalı ve buharlı sterilizatörler de bu alanda olmalıdır. Alan içerisinde hidrojen peroksit ve etilen oksit sterilizatörleri için ayrı bölmelerin olup olmadığı gözlenmelidir.

Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmelerinin ayrı yapıldığı gözlenmelidir. Tekstil malzemelerinin paketlenmelerinin MSÜ dışında bir alanda olması tercih edilir. MSÜ içinde yer alacaksa özel havalandırılmalı ayrı bölmede planlanmalıdır. Tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, incelmeye, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir.



Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır. Fiziki alanın yetersiz olduğu sağlık tesislerinde kirli ve steril malzemeler için ayrı ayrı kapalı taşıma kutu/araç kullanılması durumunda olumlu olarak değerlendirilir.

Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

## **KAYNAK:**

### **1.STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON REHBERİ**

(Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon(DAS) Derneği ve Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği katkılarıyla hazırlanmıştır.)

#### **3.MSÜ ALANLARI**

##### **3.1. Kirli Alan**

##### **3.2. Temiz Alan**

##### **3.3. Steril Depolama Alanı**

##### **3.4. Destek Alanı**

###### **3.4.1. Çamaşır ve Tekstil Hazırlama Alanı**

###### **3.4.2 El Yıkama Lavabolar ve Yerleri**

Merkezi sterilizasyon ünitesi(MSÜ) mümkünse, ameliyathane ile bağlantılı olmalıdır. Ancak, merkezi sterilizasyon ünitesi; steril malzeme transferinin sterilitiyi bozmayacak şekilde planlanması durumunda ameliyathaneden bağlantısız olabilir.

MSÜ; KİRLİ-TEMİZ-STERİL ve DESTEK alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir. MSÜ için gerekli olan ideal alan hastaneden hastaneye farklılık gösterebilir. Ancak genel bir ölçü olarak yatak sayısı başına  $\geq 0,5$  m<sup>2</sup> olarak planlanmalı, yatak sayısı 200 altında ise yatak sayısı başına  $\geq 1$  m<sup>2</sup> olmalıdır. MSÜ alanını yaklaşık olarak; % 35' kirli alan, % 35' temiz alan, %20' steril alan ve % 10' destek alan oluşturmalıdır.

MSÜ içerisinde yönlendirme levhaları ve acil çıkış işaretleri asılı olmalıdır.

### **1-Kirli alan**

Sterilitesi bozulmuş aletlerin üniteye kabul edildiği, alet ve malzemelerin sınıflandırıldığı, temizlendiği ve dekontamine edildiği alandır. Dekontaminasyon alanında, ortamda bulunan mikrobik ve parçacık kaynaklı kirlilik muhtemelen yüksek düzeyde olacağı için çevredeki kirliticilerin kontrol edilmesi ve bu alanın düzenli olarak temizliği / dezenfeksiyonu gereklidir. Ayrıca, dekontaminasyon alanı, işlem bölümünün bütün öteki alanlarından fiziksel olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır.

Dekontaminasyon alanında;

- El yıkama lavabosu
- Alet teslim alma ve kontrol ve kayıt masası
- Manuel temizlik için küvet ve tezgâh
- İki kapılı otomatik yıkama makinası
- Ultrasonik yıkama makinesi
- Hava ve su tabanca sistemi

- Kimyasal dezenfeksiyon alanı ( Solüsyonlar en alt raflarda düzenli olarak depolanmalıdır )  
-Alet taşıma kutuları (konteynır) için temizlik/ dezenfeksiyon alanı  
- Kirli alanda kullanılan malzeme ve solüsyonların depolandığı depolama odası olmalıdır. Manuel temizlik için kullanılacak lavaboların derinliği saçılma ve sıçramaların engellenebilmesi için 35 cm den daha az olmamalıdır. Lavabolar ikili olarak planlanmalı, lavabolardan birinde manuel yıkama yapılıp diğer lavabo durulama lavabosu olarak kullanılmalı bu lavaboda son durulama suyu olarak demineralize su bağlantısı da olmalıdır. Lavabo sayısı yıkanacak alet yoğunluğu ve sayısı düşünülerek 2-3 çift olabilir.

## 2-Temiz alan

Dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketlenme işlemlerinin yapıldığı, steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin depolandığı alanı kapsar. Steril olacak alet ve malzemelerin beklemesi, yüklenmesi, sıraya girmesi için ayrılmış olan alan dâhil olmak üzere buharlı sterilizatörlerin ve bu alan içerisinde ayrı bölmelerde yer alan hidrojen peroksit ve etilen oksit sterilizatörlerinin bulunduğu alandır. Etilen oksitsterilizatörleri için sızdırmaz, özel havalandırılması, gaz kontrol dedektörleri ve oluşabilecek kaçak durumlarına acil müdahaleye uygun ayrı mekânlar planlanmalıdır. Hidrojen peroksit sterilizatörler için de ayrı mekânlar kullanılması önerilir.

## 3-Steril depolama alanı

Steril ve temiz malzemelerin, kullanıcıya teslim edilmeden önce depolandığı alandır. İş yüküne ve depolanacak malzeme miktarına göre alan büyüklüğü değişiklik gösterebilir.

## 4-Destek alan

Bu ana yapının hizmetlerinin uygun şekilde yapılabilmesi için depo, kompresör, kesintisiz güçkaynağı, distile su odası, imha ve atık alanı veya odası, soyunma odaları, tuvalet, duş içermelidir.

### 3.4.1 Çamaşır ve tekstil hazırlama alanı

- Dokuma kumaşlar, ISO 13795'e göre yeterli bariyer özelliğine sahip olmadıkları için sterilizasyon amaçlı paket materyali olarak kullanılmaları uygun değildir. Bariyer özelliği olan standardize edilmiş özel dokumalar önceden belirlenmiş sayıda yıkanarak kullanılabilir.
- Çamaşır havları havalandırma sistemleri, yıkayıcı dezenfektörler ve sterilizatörlerin hava filtreleri için de önemli sorun teşkil eder. Bu nedenle MSÜ dışında bir alanda olması tercih edilir. MSÜ içinde yer alacaksa özel havalandırmalı ayrı bölmede planlanmalıdır.
- Hava akışı, aşağı çekişli tip olmalı ve saat başına hava değişimlerinin sayısı (10 hava değişimi/saat), havadaki lif parçacıklarını asgari düzeye indirmeye yeterli düzeyde olmalıdır.
- Temiz çamaşır depolaması için yeterli alan ve raf, aydınlatılmış bir kontrol masası bulunmalıdır.

Tekstil katlama alanı

Tekstiller paketlenmeden önce ışıklı kontrol masası altında yırtık, delik, tiftiklenme, incelleme, hav birikintisi vb. yönünden kontrolleri yapılmalıdır.

#### 3.4.2. El yıkama lavaboları ve yerleri

- El yıkama lavaboları kirli, temiz ve steril alanlar arasındaki geçiş noktalarında bulunmalıdır.
- Lavaboların yanına sıvı sabun, kâğıt havlu, pedallı çöp kutusu ve diğer aksesuarlarının eklenmesi gereklidir.
- Ayrıca geçiş alanlarında el dezenfektanı olmalıdır.
- El yıkama yerleri dinlenme bölümleri gibi bütün personelin kullandığı destek alanlarında da bulunmalıdır.
- Lavabo muslukları kontaminasyon riskini ortadan kaldırmak için muslukların cerrahi tip ya da fotoselli olması önerilir.

Kullanılmış aletler MSÜye ulaştıktan sonra uygun bir çözücü-dezenfektan ile dekontaminasyonu yapılarak sayılmalı ve sınıflamaları sağlanmalıdır. Elle yıkama yapılacak ise kan ve vücut sıvıları ile kontamine aletler deterjan-dezenfektan/enzimatik solüsyon ile dekontamine edildikten sonra temizliği yapılır. Yıkama dezenfektör kullanımında aşırı yükleme yapılmamalı, tüm cihazların yıkama suyuyla temas etmesi gerçekleştirilmeli, boşlukları olan malzemeler yıkanması için uygun pozisyonda makineye yerleştirilmeli ve işlemi biten aletler makineden çıkartılıp makinede bekletilmemelidir. Lümenli aletler ile temizliği zor olan alet ve malzemelerin üzerindeki kan, protein ve diğer organik maddeler ultrasonik yıkayıcılar ile temizlenmelidir. Kritik kategorisinde olan cerrahi tekstil ilk bu ilk dekontaminasyon işleminden sonra çamaşırhaneye gönderilir. Cerrahi malzemeler ise temiz alana geçirilir. Aletlerin birbiri ile temas eden uçları açık pozisyona getirilip, çalışan güvenliği için kesici uçlardan çıkarılabilenler çıkarılır, çıkarılamayan kesici uçlar yıkama sepetine uygun bir pozisyonda yerleştirilir. Temiz alanda malzemenin dekontaminasyon açısından tekrar değerlendirmesi yapılır. Eğer uygun dekontaminasyon işlemi yapılmadığı düşünülüyor ise malzeme tekrar kirli alana gönderilir ve dekontaminasyon işleminin tekrarı sağlanır. Eğer dekontaminasyon yeterli ise aletlerin bakımları gerçekleştirilir. Eklemlerli cerrahi aletlerin korozyon, paslanma ve işlevsel yönden kontrolü yapılarak gerek görüldüğünde bakım ve yağlama yapılmalı, kullanılmayacak şekilde hasar görmüş olan cerrahi aletler setlerden çıkarılarak ilgili birime tutanak karşılığı verilir. Daha önce ilgili birimlerde istenilmiş olan malzemeler kullanım talebine göre bir araya getirilerek setler oluşturulur. Çamaşırhane sürecini tamamlamış olan tekstilin de merkezi sterilizasyon ünitesi temiz alanına gelmesi ile bohçalar hazırlanır ve paketleme yapılır. Tekstil paketleme malzemesi yıkanmış olmalı, delik ve yırtık olup olmadığı kontrol edilmeli ve en fazla beş buçuk kilogram yük yapılmalıdır. Sterilizasyon poşetleri ısı ile güvenli kapatma özelliği olan paketleme makineleri ile kapatılmalıdır.

Alet ve malzemeler temizlendikten sonra kurutulmadan paketlenmemelidir. Malzemeler temizlenip kurulandıktan sonra temiz alana alınmalı, paketlenerek sterilizatöre yerleştirilmelidir.

## 2. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

8.1.1. Poliklinik, yataklı servis, ameliyathane ve yoğun bakımdan steril edilmesi istenilen malzemeler ve cerrahi tekstil ürünleri ilk olarak kirli malzeme depolama alanına ulaştırılır. Toplanan malzemeler üstü kapalı olarak, insan gücü ile veya bu amaç için tasarlanmış asansör ile taşınmalıdır. Gönderilen malzemeler sayı ve tiplerinin belirtildiği bir çizelge ile teslim edilir. Sisteme yeni giren malzemeler kullanabilecek bir hale getirilebilmesi için eklentilerinden ayrıştırılmalı, açılmış setlerin tümü kullanılmamış bile olsa, cerrahi aletler bir işleme tabi tutulmadan doğrudan merkezi sterilizasyon ünitesine gönderilmelidir. Poliklinik ve yataklı servisin tekstilleri kirli malzeme deposuna gelmeden direkt çamaşırhaneye yönlendirilir.

8.1.2. Kirli malzeme depolama alanından kirli alana aktarılan malzemenin kritik olmayan, yarı kritik ve kritik olmak üzere üç kategoride ayrıştırılması yapılır. Kritik olmayan ve yarı kritik malzemeler kirli alanda dezenfekte edildikten sonra tekrar kullanılacağı kliniğe geri yönlendirilir.

8.1.3. Kullanılmış aletler MSÜ ye ulaştıktan sonra uygun bir çözücü-dezenfektan ile dekontaminasyonu yapılarak sayılmalı ve sınıflamaları sağlanmalıdır. Elle yıkama yapılacak ise kan ve vücut sıvıları ile kontamine aletler deterjan-dezenfektan/enzimatik solüsyon ile dekontamine edildikten sonra temizliği yapılır. Yıkama dezenfektör kullanımında aşırı yükleme yapılmamalı, tüm cihazların yıkama suyuyla temas etmesi gerçekleştirilmeli, boşlukları olan malzemeler yıkanması için uygun pozisyonda makineye yerleştirilmeli ve işlemi biten aletler makineden çıkartılıp makinede bekletilmemelidir. Lümenli aletler ile temizliği zor olan alet ve malzemelerin üzerindeki kan, protein ve diğer organik maddeler ultrasonik yıkayıcılar ile temizlenmelidir.

8.1.4. Kritik kategorisinde olan cerrahi tekstil ilk bu ilk dekontaminasyon işleminden sonra çamaşırhaneye gönderilir. Cerrahi malzemeler ise temiz alana geçirilir. Aletlerin birbiri ile temas eden uçları açık pozisyona getirilip, çalışan güvenliği için kesici uçlardan çıkarılabilenler çıkarılır, çıkarılamayan kesici uçlar yıkama sepetine uygun bir pozisyonda yerleştirilir.

8.1.5. Temiz alanda malzemenin dekontaminasyon açısından tekrar değerlendirmesi yapılır. Eğer uygun dekontaminasyon işlemi yapılmadığı düşünülüyor ise malzeme tekrar kirli alana gönderilir ve dekontaminasyon işleminin tekrarı sağlanır.

8.1.6. Eğer dekontaminasyon yeterli ise aletlerin bakımları gerçekleştirilir. Eklemler cerrahi aletlerin korozyon, paslanma ve işlevsel yönden kontrolü yapılarak gerek görüldüğünde bakım ve yağlama yapılmalı, kullanılmayacak şekilde hasar görmüş olan cerrahi aletler setlerden çıkarılarak ilgili birime tutanak karşılığı verilir.

8.1.7. Daha önce ilgili birimlerde istenilmiş olan malzemeler kullanım talebine göre bir araya getirilerek setler oluşturulur. Çamaşırhane sürecini tamamlamış olan tekstilin de merkezi sterilizasyon ünitesi temiz alanına gelmesi ile bohçalar hazırlanır ve paketleme yapılır. Tekstil paketleme malzemesi yıkanmış olmalı, delik ve yırtık olup olmadığı kontrol edilmeli ve en fazla beş buçuk kilogram yük yapılmalıdır. Sterilizasyon poşetleri ısı ile güvenli kapatma özelliği olan paketleme makineleri ile kapatılmalıdır.

8.1.20. Dekontaminasyon odasında çalışan personel tüm dekontaminasyon işlemi sırasında saçılma ve sıçramalardan korunmak için koruyucu gözlük ve maske (veya tüm yüzü koruyan siperlik), koruyucu sıvı geçirmez önlük ve eldiven kullanmalıdır. Tüm ünite çalışan personel saçları içine alan non wove materyalden disposable bir kep takmalıdır. Önu kapalı

terlik giyilmeli ve terlikler yıkanabilir özellikte olmalıdır. Merkezi sterilizasyon ünitesinde çalışanların giysileri gün aşırı veya kirlenmesi durumunda hemen değiştirilmelidir.

**SORU : Steril edilen malzemeler uygun şekilde depolanıyor mu?**

**SIRA** : 96  
**BÖLÜM ADI** : STERİLİZASYON  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ SBH, HGY,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**ST.2.1.** Muhafaza alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır.Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli ve sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır.

**ST.2.2.** Steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarda, tavandan 50 cm aşağıda, duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

**ST.2.3.** Depolanan steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalıdır.

**ST.2.4.** Steril malzemeler üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Steril depolama alanı, sterilizasyon alanına bitişik ve tercihen tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır. Depo alanı toz, nem, insekt ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli ve sıcaklık 22 derece, nem %60'ı aşmamalıdır. Gözlem sırasında sıcaklık ve nem değerleri ile çizelge karşılaştırılarak kontrol edilmelidir.

Steril malzeme rafları yerden 30 cm yukarda ve tavandan 50 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmamalıdır, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilmelidir.

Kullanımda ilk steril edilip depolanan malzemeler önce kullanılır. Steril edilmiş malzemelerin tarihlerine bakılarak "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygunluğu kontrol edilmelidir.

Steril malzemeler arasından örnek alınarak üzerindeki barkotda sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi ile ilgili bilgilerin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013  
TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

8.1.10. Sterilizasyon koşulları uygun olarak tamamlanan malzeme steril depoya aktarılır. Steril olarak kullanılması planlanan her malzeme bir kontrol numarası ile belirlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Bu kontrol numarasında malzemenin hangi sterilizatörde steril edildiği, sterilizasyon tarihi, çevrim sayısı belirtilmelidir.

8.1.11. Steril depoda ilk giren ilk çıkar yöntemi kullanılarak malzeme sirkülasyonu sağlanmalıdır.

8.1.12. Depolanmış olan maddelerin sıvılardan etkilenmemesi, poşetlerin ve bohçaların bekleme esnasında zarar görmemesi için depolama ona göre yapılmalıdır. Steril edilen malzemenin paketi ıslanır, yırtılır, delinir veya bekleme süresi belirlenen sürelerden fazla ise tekrar sterilizasyona gönderilmelidir.

## STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON REHBERİ

### 17. STERİL MALZEMELERİN DEPOLANMASI VE RAF ÖMÜRLERİ

- Steril malzeme rafları yerden 30 cm yukarda ve tavandan 50 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde ve (yangın emniyeti için) yangın söndürme musluklarından 45cm uzakta olmalıdır.
- Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmamalıdır, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilir.
- Yere düşen her malzeme paketin delinmesi ve içeriğinin zarar görmesi açısından gözden geçirilmelidir.
- Toz koruyucu şeffaf örtü içindeki ısı ile kapatılmış steril poşet hala kapalı ise bu paket kontamine olmamış var sayılır eğer zarar görmüşse paketin tekrar işleme tabi tutulması gerekmektedir.
- Steril olarak kullanılması planlanan her malzeme bir kontrol numarası ile belirlenmeli ve kaydı tutulmalıdır. Bu kontrol numarasında malzemenin hangi sterilizatörde steril edildiği, sterilizasyon tarihi, çevrim sayısı belirtilmelidir.
- Steril edilen malzemenin paketi ıslanır yırtılır, delinir veya son kullanma tarihi geçerse kullanılmamalıdır.
- Steril depolama alanında kemirgen ya da böcek bulunmasını engelleyecek önlemler alınmalıdır. Bu amaçla ilaçlama yapılırsa steril malzemenin ilaçlara maruz kalması engellenmelidir. Böcek ya da kemirgen içeren alanlar steril depolama alanı olarak kullanılamaz.
- Kullanımda ilk steril edilip depolanan malzemeler önce kullanılır.
- Steril disposable malzemenin son kullanma tarihi geçer ise, tekrar steril edilmemelidir.
- Tek kullanımlık olmayan steril edilmiş malzemelerin son kullanma tarihi geçer ise, malzeme açılıp yeni paketleme malzemeleriyle tekrar paketlenip yeniden steril edilmelidir.

**SORU: Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 97  
**BÖLÜM ADI** : STERİLİZASYON  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ,SBH,TBH, HGY

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**ST.3.1.** İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.

**ST.3.2.** Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır.Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

**ST.3.3.** Vakum kaçak Testi 1 mbar/dak ın altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak arasında olduğunda hergün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

**ST.3.4.** Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır.Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

**ST.3.5.** Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır. (Düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılan buhar sterilizatörlerde, Bowie&Dick testi ve vakum kaçak testleri ve yük kontrol testleri olumlu olmak, paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak koşulu ile özellikle küçük paketlerde (1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.)

**ST.3.6.** Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

### **AÇIKLAMA :**

Maruziyet bantları sterilizasyon işleminin etkinliği hakkında bilgi vermezler, yalnızca bohçanın sterilizasyon işlemine tabi tutulup tutulmadığını gösterirler. Aynı zamanda bohçayı kapalı tutmak ve tespit etmek için kullanılırlar. Steril olmayan malzemenin steril olan malzeme ile karışmasını önler. İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantlarının kontrolü yapılmalıdır.

Vakumlu buhar sterilizatörlerde doymuş buharın, steril edilmesi planlanan yüke hızlı ve düzgün bir şekilde girip girmediği, sterilizatörün hücredeki havayı çıkarma ve havanın yeniden girmesini önleme kabiliyeti bu yöntemle test edilebilir. Bowie&Dick test paketi, sterilizatör boşken en alt rafa hava tahliye valfi veya vakum pompasına en yakın yere konur. Program bitiminde test yaprağı kontrol edilir ve herhangi bir sorun yoksa tüm çizgilerin homojen görünümde referans renge dönmesi beklenir. Günlük test sonuçlarının kayıtları kontrol edilmelidir.

Vakum kaçak Testi buhar sterilizatörlerde vakum kaçığı 1.3 milibar/dk.dan fazla olmamalıdır. Haftada bir kez yapılır. Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir. Buhar sterilizatör cihazına ait Bowie& Dick ve vakum kaçığı çizelgesinin kayıtları incelenmelidir.

Otoklavlara ve DAC cihazlarına rutin olarak en az haftada bir, ideal olarak her gün,biyolojik indikatör uygulaması yapılır. Sonuçları kayıt altına alınarak saklanır. İmplant uygulaması yapılan sağlık tesislerinde, implant materyalleri buharlı basınç ile sterilizasyon yapılacak ise her yükte biyolojik indikatör kullanılmalıdır.

Örnekleme seçilen paketlerde kimyasal indikatörler kontrol edilmelidir.

Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilip bildirilmediği, sterilizasyon ünitesi tarafından bildirimlerin analizleri yapılarak gereken önlemlerin alınıp alınmadığı, kayıtlar üzerinden ve çalışanlardan bilgi alınarak değerlendirilmelidir.

### **KAYNAK:**

STERİLİZASYON DEZENFEKSİYON REHBERİ 2015

#### **14.1 Fiziksel kontrol**

- Cihaz üzerindeki program döngüsü çizelge kaydedicileri-bilgisayar çıktıları, sıcaklık ve basınç ölçme cihazları, nem ölçerler göstergelerin kontrollerini kapsar.
- Sterilizasyon çevriminin fiziksel koşulları hakkında bilgi verirler.
- Elektronik ve mekanik sensörlerden gelen veriler değerlendirilir.
- Cihaz yazıcı çıktıları kontrol edilir ve kayıt sisteminin bir parçası olarak kullanılır.
- Cihazdaki sensörler zamanla duyarlılığını yitirdiğinden ve yıprandıklarından sürekli kalibre edilmesi gerekir.
- Cihazdaki sensörler zamanla duyarlılığını yitirdiğinden üretici firma önerisine göre düzenli olarak kalibre edilmesi gerekir.

**14.1.1 Vakum kaçak Testi:** Buhar sterilizatörlerde vakum kaçağı 1.3 milibar/dk.'dan fazla olmamalıdır. Haftada bir kez yapılır. Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir. Sonuçlar kaydedilmeli, sterilizatör çıktıları saklanmalıdır.

#### **14.1.2 Bowie&Dick testi**

- Vakumlu buhar sterilizatörlerde doymuş buharın, steril edilmesi planlanan yüke hızlı ve düzgün bir şekilde girip girmediği test edilir
- Sterilizatörün hücredeki havayı çıkarma ve havanın yeniden girmesini önleme kabiliyeti bu yöntemle test edilir.
- Buhar sterilizasyonunda etkin bir sterilizasyon için buharın steril edilecek tüm yüzeylere doymuş buhar formunda ulaşması, uygun sıcaklık ve sürede etkisini sürdürmesi gereklidir.
- Bowie-Dick test programındaki ön vakum sayısı ve derinliği ile günlük kullanımdaki sterilizasyon programının ön vakum sayısı ve derinliği aynı olmalıdır. Her iki programın çıktısı karşılaştırılarak bu kontrol sağlanabilir.
- Bowie&Dick test paketi, sterilizatör boşken en alt rafa hava tahliye valfi veya vakum pompasına en yakın yere konur
- Bowie&Dick test programında sterilizasyon süresi 3,5 dakikadan uzun olmamalıdır.
- Program bitiminde test yaprağı kontrol edilir ve herhangi bir sorun yoksa tüm çizgilerin homojen görünümde referans renge dönmesi beklenir.
- Bowie&Dick testi her gün bir kere işlemlere başlamadan önce, büyük onarımlardan sonra cihaz kapatılmadan çalıştırılıyorsa, her gün aynı saatte yapılır.
- Bowie& Dick test sonuçlarının saklanması gereklidir.

#### **Bowie&Dick Test Kartı Üzerinde homojen Olmayan Renk Değişimi**

- Vakum fonksiyonunun yetersizliği; cihazda hava kalması
- Otoklav ortamında potansiyel bir sızıntının varlığı
- Aşırı ısıtılmış buhar veya su damlacıkları içeren buharın varlığı
- Yoğunlaşmayan buhar varlığı nedeniyledir.
- Test paketi 134°C'de 3,5 dakikadan daha uzun süreli işleme tabi tutulursa hatalı sonuçlar alınabilir.

#### **14.1.3 Elektronik test sistemleri**

Buhar penetrasyonu (Bowie&Dick), vakum kaçağı, hava kalıntısı ile sıcaklık, zaman ve basınç parametrelerini test edebilen elektronik test sistemleri, sterilizasyon döngüsü sırasındaki fiziksel parametreleri de kaydedebilir.

#### **14.2 Kimyasal Kontrol**

Kimyasal indikatörler; basitçe, paketin yerleştirildiği yerde maruz kaldığı belli sterilizasyon koşullarını gösterir. Ancak kimyasal indikatörler belli bir sıcaklık-zaman aralığında çalışmak üzere üretilmişlerdir ve bu aralıklar dışında asla doğru çalışmazlar. Örneğin sıcaklık önerilen aralığın üzerindeyse paket içerisinde bölgesel aşırı ısınma nedeniyle indikatör beklenenden daha önce renk değiştirecektir. Oysa yeterli nem olmaksızın yüksek sıcaklıkta mikrobiyal ölüm çok daha yavaş olacaktır. Kimyasal indikatörlerin sağlayacağı bilginin değeri indikatörün sınıfına, sayısına ve sterilizatör içindeki yerine bağlıdır. Bu indikatörler işlem



validasyonu sırasında tespit edilen ve sterilizatörün tamamını temsil edebilecek özellikteki bölgelere yerleştirilmelidir.

Bir kimyasal indikatörde çevrim sonrasında gerekli renk değişimi olmadıysa asla bu durum indikatörün çalışmadığı şeklinde yorumlanmamalı, mutlaka sterilizasyon sürecinde hata olarak değerlendirilmeli ve süreç aşağıdaki muhtemel problemler açısından tekrar gözden geçirilmelidir:

- Sterilizatörün belirlenmiş değerlere ulaşmasını engelleyen bir arızası var mı?
- Paketleme malzemesinde bir değişiklik var mı?
- Paket içindeki malzeme miktarında değişiklik var mı?
- Sterilizatörün rutin bakım ve kalibrasyonu uygun şekilde ve zamanında yapıldı mı?
- Doğru sterilizasyon programı kullanıldı mı?
- Kimyasal indikatör üretici firmanın önerisine göre kullanıldı mı?
- Sterilizatörün çevrimini etkileyebilecek harici bir problem var mı? (Buhar basıncı, akım hızı ve içerdiği yoğunlaşmamış gazlar gibi.)

#### **14.2.1 Kimyasal indikatörlerin sınıflandırılması**

Kimyasal indikatörler ISO-11140 standartlarına göre 6 kategoride incelenir:

**Sınıf I İşlem indikatörleri:** işleme girmiş ve girmemiş ürünleri birbirinden ayırt etmek için kullanılır ve paketin dış kısmına uygulanır (Maruziyet bantları-İndikatörlü etiketler).

Sterilizasyon etkinliği hakkında bilgi vermezler.

**Sınıf II Spesifik testlerde kullanılan indikatörler:** Bowie& Dick test ile ilgili spesifik testleri tanımlar (bkz.14.1.2 Bowie-Dick testi)

**Sınıf III Tek değişkenli indikatörler:** Sterilizasyon sürecinin sıcaklık ya da zaman gibi tek parametresini monitörize eden indikatörlerdir.

**Sınıf IV Çok değişkenli indikatörler:** Sıcaklık/süre, süre/buhar kalitesi, süre/buhar kalitesi/sıcaklık gibi birden fazla parametreyi monitörize edebilen ve sıcaklıktaki 2oC'lik düşüşü ve test edilen parametredeki %0-25 farklılığı gösterebilen indikatörlerdir.

**Sınıf V Entegratörler:** Çok parametrelili indikatörlere göre daha dar aralığı monitörize eder. Sıcaklıktaki 1oC'lik düşüşü ve test edilen parametredeki %0-15 farklılığı gösterebilir. Renk değişimli ya da ilerlemeli şerit şeklinde kullanılabilir. Entegratörün renk değiştirebilmesi ya da ilerleyebilmesi için çember içinde belli D ve Z değerlerine ulaşılması gerekir. Bu değerler ISO 11140-1'e göre biyolojik indikatör için ISO 11138'de istenen performans gerekliliklerine eşdeğer ya da daha üstün olmak zorundadır.

**Sınıf VI Emülasyon indikatörleri:** Emülatör olarak isimlendirilen bu indikatörler sıcaklıktaki 1oC'lik düşüşü ve test edilen parametredeki %0-6 farklılığı gösterebilir. Çevrime özgü indikatörlerdir. Farklı sterilizasyon çevrimleri için o çevrimlere uygun üretilmiş emülatör indikatörler kullanılmalıdır. Örneğin 134oC'de 5 dk döngü yapan bir buhar sterilizatörde 134oC de 7 dk için üretilmiş bir sınıf 6 indikatör kullanılamaz.

#### **14.2.2 Kimyasal indikatörlerin kullanımı**

- Bu sınıflandırma indikatörlerin performansına göre belirlenmiştir.
- Sınıf numarasının büyüklüğü daha iyi olduğu anlamına gelmez.
- İndikatörün hangi sınıfa ait olduğunu bilmek, monitörize edilen sterilizasyon aşamasında doğru uygulamayı seçmek açısından önemlidir
- Reaksiyon önemli parametrelerin bir yada daha fazlasının etkisiyle gerçekleşir.
- Kimyasal indikatörlerin kullanılma amacı; yanlış ambalajlama, sterilizatörün yanlış yüklenmesi veya sterilizatörün arızalarından kaynaklanabilecek muhtemel sterilizasyon hatalarının belirlenmesidir.
- Kimyasal test sonuçları mikrobiyolojik sterilite göstergesi olarak algılanmamalıdır.
- Sınıf 3, 4 ve 5 indikatörler paket içinde kullanılabilir.
- Sınıf 5 yük kontrolünde tercih edilebilir.

- Sınıf 6 indikatörler sadece sterilizasyon programı uygun olmak koşuluyla paket veya yük kontrolünde kullanılabilir.
- Düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılan buhar sterilizatörlerde, Bowie&Dick testi ve vakum kaçak testleri ve yük kontrol testleri olumlu olmak, paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak koşulu ile özellikle küçük paketlerde (1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.

### **14.3 Biyolojik Kontrol**

Biyolojik Kontrol; sterilizasyon işleminin biyolojik ölümü gerçekleştirmede yeterli olup olmadığını gösterir. Biyolojik indikatörler içerisinde sterilizasyona en dayanıklı olduğu bilinen bakteri sporları kullanılmaktadır. Biyolojik indikatörler suda veya kültür ortamında süspansiyon halindeki standart bakteri sporlarının plastik, kağıt, aliminyum taşıyıcılarda kurutulması ile elde edilmekte olup, sterilizasyonun izlenmesinde kullanılır.

### **Sterilizasyon Yöntemine Göre Kullanılan Biyolojik İndikatör Ve Uygulama Sıklığı**

**Sterilizasyon Yöntemi Biyolojik İndikatör Uygulama Sıklığı**

- Biyolojik indikatörler ayrı bir paket veya bohça içerisine konularak, sterilizatörün kapak, köşeler ve vakum çıkışları gibi sterilizasyon işleminin en zor gerçekleşeceği düşünülen bölgelerine yerleştirilir.

- Çevrim sonunda, üretici firma önerileri doğrultusunda tüp kırılarak inkübatöre yerleştirilmeli ve uygun sıcaklıkta inkübe edilmelidir.

- İnkübasyon süresi bitiminde üreme varlığı değerlendirilerek, sterilizasyon işleminin biyolojik ölümü sağlayıp, sağlamadığı hakkında bilgi edinilir.

- Besiyeri içerip içermemesi, üreme tespit yöntemi ve inkübasyon süresine göre farklı biyolojik indikatörler mevcuttur.

- Biyolojik kontrol ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

- Buhar sterilizatörlerinin ilk çevrim montajları sonrasında arka arkaya üç negatif sonuç alınmalıdır.

- Sterilizatörün büyük onarımlarından sonra arka arkaya üç negatif sonuç alınmalıdır

- Biyolojik indikatörün her farklı üretim lotu için bir pozitif kontrol testi yapılmalıdır.

Bunun için bir indikatör sterilizasyona maruz bırakılmadan kırılarak inkübatöre yerleştirilmeli, pozitif üreme beklenmeli ve “pozitif kontrol” olarak kaydedilmelidir.

- İnkübatörlere her yıl kalibrasyon yapılmalıdır.

### **14.3.1 Biyolojik indikatör sonuçlarının pozitif olması halinde yapılması gerekenler**

- Negatif ve pozitif kontroller değerlendirilerek biyolojik indikatörde bir problem olmadığı doğrulanmalıdır.

- Eğer cihaz arızası şüphesi varsa sterilizatör kullanım dışı bırakılır. Üretici firma veya biyomedikal tarafından bakım ve kontrolleri yapılır.

- Bakım ve kontrolleri yapılan cihaz testleri tekrarlanır. Ardı ardına 3 negatif biyolojik kontrolünden sonra kullanıma geçilir.

- Hangi sterilizatörün hangi çevriminde üreme olduysa o sterilizatörde steril edilmiş malzemeler toplanır, paketler açılır. Kirli malzemelerde olduğu gibi en baştan işleme alınır. Servis ve ameliyathaneye teslim edilen malzemeler geri çağrılır, geri çağırılma raporları kaydedilir.

- Biyolojik indikatör sonucu pozitif olan malzeme veya aletler hastalara kullanıldı ise hasta enfeksiyon kontrol komitesi tarafından takibe alınır.

- Pozitif indikatöre neden olabilecek aşğıdaki nedenler araştırılmalıdır.

### **Buhar Sterilizatörlerde;**

- Yetersiz hava tahliyesi

- Uygun olmayan buhar kalitesi

- Sterilizasyon sıcaklık ve süresinin yetersizliği
- Paketleme materyalinin uygun olmayışı
- Paketleme ve/veya yükleme hataları

**Düşük sıcaklık sterilizatörlerde;**

- Ortam neminin uygun olmaması
- Gaz konsantrasyonunun yetersizliği
- Sterilizasyon sıcaklık ve süresinin yetersizliği
- Paketleme materyalinin uygun olmayışı
- Paketleme ve/veya yükleme hataları

**SORU: Sağlık tesisi genelinde farklı branşlarda muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapılıyor mu?**

**SIRA** : 98  
**BÖLÜM ADI** : STERİLİZASYON  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD,EKÖ,SBH,TBH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**ST.4.1.** KBB, Genel Cerrahi, Göz, Diş, Kadın Doğum, Üroloji vb. polikliniklerde ve Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

**ST.4.2.** Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalıdır.

**ST.4.3.** Endoskopi, Bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

KBB, genel cerrahi, göz, diş, kadın doğum, üroloji vb. polikliniklerde ve endoskopi, bronkoskopi vb. ünitelerde muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonunun nasıl yapıldığı poliklinik gözlemi esnasında yerinde gözlenmelidir.

Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihlerinin bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.

Endoskopi, bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilerek ve kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

# GENEL DEĞERLENDİRME

**SORU: Genel sekreterlik tarafından oluşturulan değerlendirme ekiplerince “Sağlık Tesisinin Yerinde Değerlendirme Soru Listesi” ne göre değerlendirmesi yapılmış mı?**

**SIRA** : 99  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.1.1.** Genel Sekreterlik tarafından, sağlık tesisi yerinde değerlendirme soru listesine göre yılda bir kez değerlendirilmeli ve değerlendirme sonuçları sağlık tesisi yönetimi ile paylaşılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Genel Sekreterlik tarafından yapılan ve sağlık tesisine iletilen sağlık tesisi değerlendirme sonuç raporları incelenmelidir. Değerlendirmenin tüm bölümleri kapsayıp kapsamadığı, tespit edilen eksikliklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

**SORU: Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?**

**SIRA** : 100  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD, HAH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.2.1.** Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde yeterli sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Acil servis, poliklinikler ve servislerde bulunan sedye ve tekerlekli sandalyelerin sayılarının yeterli olup olmadığına göre değerlendirilmelidir.

**SORU: Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?**

**SIRA** : 101  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : ÇHG, YPYD, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.3.1.** İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kurulan kamera takip sistemi olmalıdır.

**GD.3.2.** Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde hasta mahremiyetine dikkat edilerek hasta ve çalışan güvenliği için kamera sistemi bulunmalıdır.

Gözlemciler değerlendirme gününden 2 ay önceki tarihe ait kamera kayıtlarını inceleyerek değerlendirmelidir.

**KAYNAK:**

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ;

Acil servislerde güvenlik önlemleri:

MADDE 10:(1) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:

MADDE 13:

b)Günün her saatinde görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenir ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesi sağlanır.

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

## 1.1. Acil Servis Hizmet Sunumu Süreci

1.1.12. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

## 2.1. Poliklinik hizmeti sunum süreci

2.1.17. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

## 3.1. Yataklı servis hizmet sunumu süreci:

3.1.28. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

## 4.1. Laboratuvar hizmet sunum süreci:

4.1.13. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

## 5.1. Görüntüleme Hizmet Sunumu süreci:

5.1.10. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

## 7.1. Ameliyathane hizmet sunumu süreci:

7.1.8. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

## 9.1. Yoğun Bakım hizmet sunumu süreci:

9.1.12. Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir.

## 15.1. Tıbbi sosyal hizmetler hizmet sunum süreci:

15.1.17. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik önlemleri kapsamında hasta mahremiyetini bozmayacak şekilde kamera sistemleri kurulur.

## 17.1. Numune alma hizmetleri sunum süreci:

17.1.12. Bu alanların hasta ve personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken hasta mahremiyetini özen gösterilmelidir.

**SORU: Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri, güvenlik açısından sabitlenmiş mi?**

**SIRA** : 102

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 4

**BOYUTLAR** : YPYD, ÇHG, HGY, TGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.4.1.** Sıkıştırılmış tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından sabitlenmelidir.

**AÇIKLAMA :**

Sıkıştırılmış gaz tüpleri kullanım alanlarında ve depolarda dik olarak ve sağlam bir şekilde sabitlenmeli, zincirle bağlanmış olduğu görülmeli, güvenlik önlemlerinin alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

SINAÎ VE TIBBÎ GAZLARIN ÜRETİMİ, DOLUMU, SATIŞI İLE İLGİLİ DAĞITIM ŞİRKETLERİ, YETKİLİ BAYİLERİN VE KULLANICILARIN UYMALARI GEREKEN USUL VE ESASLARA İLİŞKİN TEBLİĞ

Kullanıcıların uymaları gereken hususlar

MADDE 14-

(2) Tüplerin kullanıcının işletmesinde depolanması ve nakledilmesi sırasında ilgili güvenlik kurallarına uygun hareket edilmelidir.

Tıbbi gaz tüpleri güvenlik açısından TSE standartlarına uygun olmalı, tıbbi gaz tüplerinin bulunduğu yer uygun (yakınında yanıcı madde olmamalı, Tüpler 55 °C' nin üzerinde sıcaklıklara maruz bırakılmamalıdır, direkt güneş ışığına maruz kalmamalıdır, Tüpler kullanım yerinde dik olarak ve sağlam bir şekilde sabitlenmeli, zincirle bağlanmış) olmalı, Tüpler düşürülmemeli, birbirine çarptırılmamalıdır. Tüp depo mahalleri içinde veya yakınında çıplak ateş yakılmasına ve sigara içilmesine engel olunmalıdır. Tüpler, içlerindeki gazın yanicılık, yakıcılık, zehirlilik vs. özelliklerine göre gruplara ayrılarak depolanmalıdır. Oksijen veya yanmayı destekleyen diğer gazların tüpleri, yanıcı gaz tüplerinden en az 6 m. uzakta veya ateşe dayanıklı bir duvar ile bu tüplerden ayrılmış olarak depolanmalıdır. Sıkıştırılmış gaz tüpleri kullanım alanlarında ve depolarda değerlendirilmelidir.

**SORU: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 103

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 5

**BOYUTLAR** : YPYD, TGY, HED

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.5.1.** Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.

**GD.5.2.** Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

**GD.5.3.** Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.



**GD.5.4.** Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı alınan tedbirler incelenmelidir. Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.

Arşivde bulunan dosyaların arşiv planına uygun yerleştirilip yerleştirilmediği değerlendirilmelidir.

Yangın söndürme cihazlarının periyodik kontrolleri yapılmalı ve kolay erişilebilir alanda bulundurulmalıdır.

Arşive kabul edilen dosyaların arşiv kayıtlarının ve muhafazasının uygun şekilde yapıldığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

ARŞİV HİZMETLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK(16.5.1988/19816 Ek ve Değişiklikler: 1)18.8.2001/24487 RG, 22.2.2005/25735 RG)

Koruma Yükümlülüğü

Madde 4 - Mükellefler, ellerinde bulundurdukları ve Genel Müdürlüğe teslim etmedikleri arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler.

Madde 11- Birim Arşivine Verilecek Malzemenin Ayrımı ve Hazırlanması

Madde 12-Uygunluk Kontrolü

Madde 13-Malzemenin Birim Arşivine Devri

Madde 15-Malzemenin Birim Arşivinde Tasnifi ve Yerleştirilmesi

Madde17- Birim Arşivinden yararlanma(Birimlerce, gerektiğinde, görülmek veya incelenmek üzere, ancak dışarıya çıkarılmamak kaydıyla, birim arşivinden dosya alınabilir. Birim arşivinden alınan dosya inceleme sonunda geri verilir.)

Arşivlerden Yararlanma

Madde 9 - Genel Müdürlüğün yetki ve sorumluluğuna geçmiş veya henüz geçmemiş olan arşiv malzemesinin aslı hiç bir sebep ve suretle, arşivlerden veya buldukları yerlerden dışarıya verilemez.

Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik / Arşiv Malzemesi ile Arşivlik Malzemenin Korunması, Birim ve Kurum Arşivlerinde Saklanması, Gizliliği ve Yararlanma, Koruma Yükümlülüğü

Madde 5-Kurum, elinde bulundurduğu ve Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğüne teslim etmediği arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip, saklamakla yükümlüdür. Kurum, arşiv malzemesi ve arşivlik malzemenin korunması ile ilgili olarak;

a) Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,

b) Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,

- c) Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,  
d) Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,  
e) Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,  
f) Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,  
g) Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme için 12-15 derece arasında) tutulmasından,

Sorumludur.

Gözlemci arşiv bölümünün yazılı düzenlemede bulunan bilgilerinin uygulandığını kontrol etmelidir.

Birim ve Kurum Arşivleri

Madde 5 - Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için "Birim Arşivleri", daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için "Kurum Arşivleri"ni kurarlar.

Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır.

**SORU: Kurumda uygun çevre düzenlemesi yapılmış mı?**

**SIRA** : 104  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED, ÇHG

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.6.1.** Hastane bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi yapılmalı, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.

**GD.6.2.** Yönlendirme levhaları hasta ve yakınlarının görebileceği yerde, yeterli ve açıklayıcı olmalıdır.

**GD.6.3.** Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

**GD.6.4.** Hastane yakınındaki cadde ve sokaklarda kolay ulaşımı sağlamaya yönelik işaret ve yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesisi bahçesinde hasta ve çalışanlar için uygun çevre düzenlemesi, bekleme ve oturma alanları oluşturulmalıdır.

Yönlendirme levhalarının konumu ve yeterliliği değerlendirilmelidir.

Otopark ve bahçe içerisinde yeterli aydınlatma olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisi yakınındaki cadde ve sokaklarda hastanenin yerini gösteren işaret ve yönlendirme levhalarının bulunup bulunmadığı gözlemlenmelidir.

**SORU : Hasta ve Çalışan memnuniyetine yönelik düzenlemeler mevcut mu?**

**SIRA** : 105  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : TKY, HAH, YPYD, ÇHG

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.7.1.** Hasta ve yakınları için talep ve öneri kutuları hastaların görebileceği yerlerde, sağlık tesisinin büyüklüğüne göre yeterli sayıda ve kullanıma uygun olmalı, memnuniyet, dilek, öneri ve talepleri üst yönetim tarafından değerlendirilerek gerekli görülen düzenlemeler yapılmalıdır.

**GD.7.2.** Sağlık tesisi yönetimi, çalışan memnuniyet anketleri ile çalışanların görüş ve önerileri doğrultusunda iyileştirici faaliyetlerde bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesisinin hasta memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik yapmış oldukları anket çalışmaları, hasta ve yakınları için talep ve öneri kutularının sayısının yeterliliği ve bunların görülebilir alanlarda olup olmadığı incelenmelidir. Sağlık tesisi yönetiminin belirli periyotlarda anket ve görüşler doğrultusunda yapmış olduğu iyileştirmeler de değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinin çalışan memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik yapmış oldukları anket çalışmaları incelenmelidir. Sağlık tesisi yönetiminin belirli periyotlarda anket ve görüşler doğrultusunda yapmış olduğu iyileştirmelere göre değerlendirilmelidir.

**SORU: Sağlık hizmeti sunulan alanlarda gerekli kişisel koruyucu malzemeler mevcut mu?**

**SIRA** : 106  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD, ÇHG

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.8.1.** Sağlık hizmeti sunulan alanlarda kimyasal ve/veya potansiyel enfeksiyöz risklerinden korunmak için, gerekli ve yeterli kişisel koruyucu malzemeler olmalıdır. (Eldiven, yüz-göz koruyucu maske, gözlük,önlük)

Sağlık hizmeti sunulan alanlarda (servisler, laboratuvar, sterilizasyon ünitesi vb.) kişisel koruyucu ekipmanların, çalışanların kolayca erişebilecekleri yerlerde ve yeterli miktarlarda bulundurulduğu ve kullanıldığı incelenmelidir.

## **KAYNAK:**

### **1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013**

#### **TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:**

11.1.3. Hastanın muayene ve tedavisi esnasında oluşabilecek olumsuzluklardan etkilenmemesi için hekim tarafından kişisel koruyucu tedbirler alınır, yardımcı sağlık personeli bu konuda hekime yardımcı olur.

### **2.KİŞİSEL KORUYUCU DONANIMLARIN İŞYERLERİNDE KULLANILMASI HAKKINDA YÖNETMELİK (Resmi Gazete Tarihi ve No: 02.07.2013 )**

**MADDE 1 -** Bu Yönetmeliğin amacı, işyerindeki risklerin önlenmesinin veya yeterli derecede azaltılmasının, teknik tedbirlere dayalı toplu koruma ya da iç organizasyonu veya çalışma yöntemleri ile sağlanamadığı durumlarda, kullanılacak kişisel koruyucuların özellikleri, temini, kullanımı ve diğer hususlarla ilgili usul ve esasları belirlemektir.

#### **Genel hükümler**

**MADDE 6 – (1)** Kişisel koruyucu donanımların işyerlerinde kullanımı ile ilgili olarak aşağıdaki hususlara uyulur;

a) İşyerinde kullanılan kişisel koruyucu donanım, Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak tasarlanır ve üretilir. Tüm kişisel koruyucu donanımlar;

1) Kendisi ek risk oluşturmadan ilgili riski önlemeye uygun olur.

2) İşyerinde var olan koşullara uygun olur.

3) Kullananın ergonomik gereksinimlerine ve sağlık durumuna uygun olur.

4) Gerekli ayarlamalar yapıldığında kullanana tam uyar.

5) Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği kapsamına giren ürünlerde uygun şekilde CE işareti ve Türkçe kullanım kılavuzu bulundurulur.

b) Birden fazla riskin bulunduğu ve çalışanın bu risklere karşı aynı anda birden fazla kişisel koruyucu donanımı kullanmasını gerektiren durumlarda, bir arada kullanılmaya uygun olan ve bir arada kullanıldığında söz konusu risklere karşı koruyuculuğu etkilenmeyen kişisel koruyucu donanımlar seçilir.

c) Kişisel koruyucu donanımların kullanım şartları ve özellikle kullanılma süreleri; riskin derecesi, maruziyet sıklığı, her bir çalışanın iş yaptığı yerin özellikleri ve kişisel koruyucu donanımın performansı dikkate alınarak belirlenir.

ç) Tek kişi tarafından kullanılması esas olan kişisel koruyucu donanımların, zorunlu hallerde birden fazla kişi tarafından kullanılmasını gerektiren durumlarda, bu kullanımdan dolayı sağlık ve hijyen problemi doğmaması için her türlü önlem alınır.

d) İşyerinde, her bir kişisel koruyucu donanım için, bu maddenin (a) ve (b) bentlerinde belirtilen hususlarla ilgili yeterli bilgi bulunur ve bu bilgilere kolayca ulaşılabilir.

e) Kişisel koruyucu donanımlar, işveren tarafından ücretsiz verilir, imalatçı tarafından sağlanacak kullanım kılavuzuna uygun olarak bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılır, ihtiyaç duyulan parçaları değiştirilir, hijyenik şartlarda muhafaza edilir ve kullanıma hazır bulundurulur.

f) İşveren, kişisel koruyucu donanımları hangi risklere karşı kullanacağı konusunda çalışanı bilgilendirir.

g) İşveren, kişisel koruyucu donanımların kullanımı konusunda uygulamalı olarak eğitim verilmesini sağlar.

ğ) Kişisel koruyucu donanımlar, istisnai ve özel koşullar hariç, sadece amacına uygun olarak kullanılır.

h) Kişisel koruyucu donanımlar çalışanların kolayca erişebilecekleri yerlerde ve yeterli miktarlarda bulundurulur.

(2) Kişisel koruyucu donanımlar talimatlara uygun olarak kullanılır, bakımı ve temizliği yapılır. Talimatlar çalışanlar tarafından anlaşılır olmak zorundadır.

**Kullanım kuralları**

**MADDE 8 – (1) 5, 6 ve 7 nci maddelerde belirtilen koşulları sağlayan kişisel koruyucu donanımlar, Ek-3'te belirtilen işlerde ve benzeri işlerde, toplu korunma yöntemleri ile risklerin önlenemediği veya tam olarak sınırlandırılmadığı durumlarda kullanılır. Ek-1'de örneği verilen tabloya göre riskler değerlendirilir ve çalışanların sağlık ve güvenliği yönünden kişisel koruyucu donanım kullanılması gereken durumlar belirlenir. İşveren Ek-2'de belirtilen kişisel koruyucu donanımlardan gerekli olanları sağlar. Çalışanların bu kişisel koruyucu donanımları uygun şekilde kullanmaları için her türlü önlemi alır.**

(2) Çalışanlar, 6331 sayılı Kanununun 19 uncu maddesine uygun olarak, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili aldıkları eğitim ve işverenin bu konudaki talimatları doğrultusunda kendilerine sağlanan kişisel koruyucu donanımları doğru kullanmakla, korumakla, uygun yerlerde ve uygun şekilde muhafaza etmekle yükümlüdür.

(3) Çalışanlar kişisel koruyucu donanımda gördükleri herhangi bir arıza veya eksikliği işverene bildirirler. Arızalı bulunan kişisel koruyucu donanımlar arızalar giderilmeden ve gerekli kontrolleri yapılmadan kullanılmaz. Çalışanlara verilen kişisel koruyucu donanımlar her zaman etkili şekilde çalışır durumda olur, temizlik ve bakımı yapılır ve gerektiğinde yenileri ile değiştirilir. Kişisel koruyucu donanımlar her kullanımdan önce kontrol edilir.

**SORU: Sağlık tesisi genelinde temizlik kurallarına uyuluyor mu?**

**SIRA** : 107

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 9

**BOYUTLAR** : EKÖ, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.9.1.** Genel ve bölüm bazında temizlik kuralları belirlenmeli ve belirlenen temizlik kurallarına uyulmalıdır.

**GD.9.2.** Sağlık tesisinde yer alan tuvalet ve banyoların temizlikleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

**GD.9.3.** Sağlık tesisinde en az yılda bir kez haşerata karşı ilaçlama işlemi yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Gözlemciler tarafından değerlendirilen tüm alanlarda sağlık tesisi tarafından belirlenen genel ve bölüm bazlı temizlik kurallarına uyulup uyulmadığı değerlendirilir.

Sağlık tesisindeki tuvalet ve banyoların temizlik kayıtları incelenmelidir.

Haşerata karşı ilaçlama işlem kayıtları incelenerek, sağlık tesisinin belirlediği alanlarda ve periyotlarda yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

**YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI ENFEKSİYON KONTROL YÖNETMELİĞİ**

7 Temizlik Hizmetleri: Madde 88

Poliklinik, servis, laboratuvar, ameliyathane, mutfak, çamaşırhane, bahçe gibi hizmet birimlerinin temizliği, hastane personeli tarafından veya hizmet alımı yoluyla yapılır. Temizlik, baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, tabipler, başhemşire ve hemşireler tarafından devamlı kontrol edilir. Temizlik yaparken tuvaletlerin, banyoların, enfekte ve steril bölümlerinin ayrı ve kendi koşullarına göre temizliklerinin yapılmasına itina edilir. Bunun dışında periyodik olarak tuvaletlerin ve zeminlerin dezenfektan maddelerle genel temizlikleri yaptırılır.

**TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ**

3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci

e-)Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır. Kapsamlı temizlik hizmetleri gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde ivedilikle giderilmelidir.

**SORU : Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunuyor mu?**

**SIRA** : 108  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : YPYD, EKÖ

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.10.1.** El hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.

**GD.10.2.** Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası kullanılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi genelinde sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda el hijyeni sağlamaya yönelik lavabo, el antiseptiği, sabun, kâğıt havlunun bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Elle teması gerektirmeyecek şekilde kapaklı çöp kovası bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

**SORU : Kurum çalışanları kimlik kartı kullanıyor mu?**

**SIRA** : 109  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.11.1.** Sağlık tesisi çalışanları kimlik kartı takmalıdır.

Sağlık tesisinde çalışan görevli personelin kimlik kartı bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

### KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI PERSONEL KİMLİK KARTI YÖNERGESİ / KULLANMA MECBURİYETİ

Madde-7

Görevli personel görevli oldukları kuruma girişlerinde yakalarına takmak ve görev süresince yakalarında bulundurmakla yükümlüdürler.

## SORU : İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalar yapılıyor mu?

**SIRA** : 110  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : YPYD, ÇNE, ÇHG

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.12.1.** İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere iş sağlığı ve güvenliği kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.

**GD.12.2.** İş sağlığı ve güvenliği kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.

**GD.12.3.** Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren yılda en az onaltı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

**GD.12.4.** İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (İş yeri sağlık ve güvenlik biriminde iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı (tehlike sınıfına göre) ve diğer sağlık personeli) olmalıdır. (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği yürürlüğe girdikten sonra değerlendirilecektir.)

**GD.12.5.** Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları bulunmalıdır.

**GD.12.6.** Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele sağlık tarama programı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.

### AÇIKLAMA :

Sağlık tesisinde kurulan İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu görevlendirme kayıtları incelenmelidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu;

- İşveren veya işveren vekili,

- İş güvenliği uzmanı
- İşyeri hekimi,
- İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir personel,
- Bulunması halinde sivil savunma uzmanı,
- Çalışan temsilcisinden oluşur.

Yataklı sağlık tesisleri İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğine göre çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır.

Çok Tehlikeli Sınıfta yer alan işyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu en geç ayda bir kez toplanmalıdır. Gözlemci tarafından İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunun toplantı kayıtları incelenmelidir.

Çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, yılda bir kez on altı saat olmak üzere verilen eğitimlerin kayıtları incelenmelidir.

İş yeri sağlık ve güvenlik birimi (tehlike sınıfına ve personel sayısına göre olması gereken sayıda iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personeli) görevlendirilmiş mi kayıtları incelenmelidir.

Sağlık tesisinin tüm çalışma alanlarını kapsayan risk değerlendirme kayıtları incelenmelidir.

#### **KAYNAK:**

6331 sayılı İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU 20/6/2012 tarih

İşverenin genel yükümlülüğü

**MADDE 4 – (1)**

İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.

d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.

(2) İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.

(3) Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını etkilemez. (4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyetini çalışanlara yansıtamaz.

Risklerden korunma ilkeleri

**MADDE 5 –**

(1) İşverenin yükümlülüklerinin yerine getirilmesinde aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulur:

a) Risklerden kaçınmak.

b) Kaçınılması mümkün olmayan riskleri analiz etmek.

c) Risklerle kaynağında mücadele etmek. 11650



ç) İşin kişilere uygun hale getirilmesi için işyerlerinin tasarımı ile iş ekipmanı, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçiminde özen göstermek, özellikle tekdüze çalışma ve üretim temposunun sağlık ve güvenliğe olumsuz etkilerini önlemek, önlenemiyor ise en aza indirmek.

d) Teknik gelişmelere uyum sağlamak.

e) Tehlikeli olanı, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olanla değiştirmek.

f) Teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmek.

g) Toplu korunma tedbirlerine, kişisel korunma tedbirlerine göre öncelik vermek.

ğ) Çalışanlara uygun talimatlar vermek. İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri

MADDE 6 – (1)

Mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulmasına yönelik çalışmaları da kapsayacak, iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin sunulması için işveren;

a) Çalışanları arasından iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve on ve daha fazla çalışanı olan çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde diğer sağlık personeli görevlendirir. Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması hâlinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak yerine getirebilir. Ancak belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olması hâlinde, tehlike sınıfı ve çalışan sayısı dikkate alınarak, bu hizmetin yerine getirilmesini kendisi üstlenebilir. (Ek cümle: 10/9/2014-6552/16 md.) Belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olmayan ancak 10'dan az çalışanı bulunan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyeri işverenleri veya işveren vekili tarafından Bakanlıkça ilan edilen eğitimleri tamamlamak şartıyla işe giriş ve periyodik muayeneler ve tetkikler hariç iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütebilirler.

(1) b) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşların görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar.

c) İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetlerini yürütenler arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlar.

ç) Görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşlar tarafından iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuata uygun olan ve yazılı olarak bildirilen tedbirleri yerine getirir.

d) Çalışanların sağlık ve güvenliğini etkilediği bilinen veya etkilemesi muhtemel konular hakkında; görevlendirdikleri kişi veya hizmet aldığı kurum ve kuruluşları, başka işyerlerinden çalışmak üzere kendi işyerine gelen çalışanları ve bunların işverenlerini bilgilendirir.

(2) 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşları; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini, Sağlık Bakanlığına ait döner sermayeli kuruluşlardan doğrudan alabileceği gibi 4734 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde de alabilir.

(3) Tam süreli işyeri hekimi görevlendirilen işyerlerinde, diğer sağlık personeli görevlendirilmesi zorunlu değildir.

## İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

### BİRİNCİ BÖLÜM

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 22 ve 30 uncu maddelerine göre düzenlenmiştir.

(2) Bu Yönetmeliğin uygulanması bakımından çalışan, işveren, kurul ve çalışan temsilcisi ve benzeri kavramlar 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda tanımlandığı gibidir.

### İKİNCİ BÖLÜM

#### Genel Hükümler

#### İşverenin yükümlülüğü

MADDE 4 – (1) Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur.

- (2) Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;
- a) Asıl işveren alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı elli ve daha fazla ise asıl işveren ve alt işveren ayrı ayrı kurul kurar. İş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi ve kurullarca alınan kararların uygulanması konusunda işbirliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.
- b) Bir işyerinde sadece asıl işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla ise bu durumda kurul asıl işverence kurulur. Kurul oluşturma yükümlülüğü bulunmayan alt işveren, kurul tarafından alınan kararların uygulanması ile ilgili olarak koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.
- c) Alt işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla, asıl işverenin çalışan sayısı ellinin altında ise işyerinde kurul alt işverence oluşturulur. Asıl işveren alt işverenin oluşturduğu kurula işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.
- ç) Asıl işveren ve alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı ellinin altında ve toplam çalışan sayısı elliden fazla bulunduğu durumlarda ise koordinasyon asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur. Kurulun oluşumunda üyeler 6 ncı maddeye göre her iki işverenin ortak kararı ile atanır.
- (3) Asıl işveren alt işveren ilişkisi bulunmayan ve aynı çalışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir.
- (4) İşverenler, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.

## İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ RİSK DEĞERLENDİRMESİ YÖNETMELİĞİ BİRİNCİ BÖLÜM

### Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

#### Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği yönünden yapılacak risk değerlendirmesinin usul ve esaslarını düzenlemektir.

#### Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamındaki işyerlerini kapsar.

#### Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 10 uncu ve 30 uncu maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

#### Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,
- b) Kabul edilebilir risk seviyesi: Yasal yükümlülüklerle ve işyerinin önleme politikasına uygun, kayıp veya yaralanma oluşturmayacak risk seviyesini,
- c) Kanun: 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununu,
- ç) Önleme: İşyerinde yürütülen işlerin bütün safhalarında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için planlanan ve alınan tedbirlerin tümünü,
- d) Ramak kala olay: İşyerinde meydana gelen; çalışan, işyeri ya da iş ekipmanını zarara uğratma potansiyeli olduğu halde zarara uğratmayan olayı,
- e) Risk: Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalini,
- f) Risk değerlendirmesi: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacıyla yapılması gerekli çalışmaları,

g) Tehlike: İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelini, ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### İşveren Yükümlülüğü ve Risk Değerlendirmesi Ekibi

#### İşveren yükümlülüğü

MADDE 5 – (1) İşveren; çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

(2) Risk değerlendirmesinin gerçekleştirilmiş olması; işverenin, işyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

(3) İşveren, risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişilere risk değerlendirmesi ile ilgili ihtiyaç duydukları her türlü bilgi ve belgeyi temin eder.

#### Risk değerlendirmesi ekibi

MADDE 6 – (1) Risk değerlendirmesi, işverenin oluşturduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi ekibi aşağıdakilerden oluşur.

a) İşveren veya işveren vekili.

b) İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetini yürüten iş güvenliği uzmanları ile işyeri hekimleri.

c) İşyerindeki çalışan temsilcileri.

ç) İşyerindeki destek elemanları.

d) İşyerindeki bütün birimleri temsil edecek şekilde belirlenen ve işyerinde yürütülen çalışmalar, mevcut veya muhtemel tehlike kaynakları ile riskler konusunda bilgi sahibi çalışanlar.

(2) İşveren, ihtiyaç duyulduğunda bu ekibe destek olmak üzere işyeri dışındaki kişi ve kuruluşlardan hizmet alabilir.

(3) Risk değerlendirmesi çalışmalarının koordinasyonu işveren veya işveren tarafından ekip içinden görevlendirilen bir kişi tarafından da sağlanabilir.

(4) İşveren, risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişilerin görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar, görevlerini yürütmeleri sebebiyle hak ve yetkilerini kısıtlayamaz.

(5) Risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişiler işveren tarafından sağlanan bilgi ve belgeleri korur ve gizli tutar.

#### Risk değerlendirmesinin yenilenmesi

MADDE 12 – (1) Yapılmış olan risk değerlendirmesi; tehlike sınıfına göre çok tehlikeli, tehlikeli ve az tehlikeli işyerlerinde sırasıyla en geç iki, dört ve altı yılda bir yenilenir.

(2) Aşağıda belirtilen durumlarda ortaya çıkabilecek yeni risklerin, işyerinin tamamını veya bir bölümünü etkiliyor olması göz önünde bulundurularak risk değerlendirmesi tamamen veya kısmen yenilenir.

a) İşyerinin taşınması veya binalarda değişiklik yapılması.

b) İşyerinde uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler meydana gelmesi.

c) Üretim yönteminde değişiklikler olması.

ç) İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olay meydana gelmesi.

d) Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması.

e) Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetim sonuçlarına göre gerekli görülmesi.

f) İşyeri dışından kaynaklanan ve işyerini etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması.

## ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİMLERİNİN USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK 15 Mayıs 2013

MADDE 6 – (1) İşveren, çalışanlarına asgari Ek-1’de belirtilen konuları içerecek şekilde iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesini sağlar.

(2) İşveren, çalışan fiilen çalışmaya başlamadan önce, çalışanın yapacağı iş ve işyerine özgü riskler ile korunma tedbirlerini içeren konularda öncelikli olarak eğitilmesini sağlar.

(3) Çalışma yeri veya iş değişikliği, iş ekipmanının değişmesi, yeni teknoloji uygulanması gibi durumlar nedeniyle ortaya çıkacak risklerle ilgili eğitimler ayrıca verilir.

(4) Birinci fıkraya göre verilen eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni riskler de dikkate alınarak aşağıda belirtilen düzenli aralıklarla tekrarlanır:

a) Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa.

b) Tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa.

c) Az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa.

(5) İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalanan çalışana işe dönüşünde çalışmaya başlamadan önce, kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitim verilir.

(6) Herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, tekrar işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimi verilir.

Eğitim süreleri ve konuları

MADDE 11 – (1) Çalışanlara verilecek eğitimler, çalışanların işe girişlerinde ve işin devamı süresince belirlenen periyotlar içinde;

a) Az tehlikeli işyerleri için en az sekiz saat,

b) Tehlikeli işyerleri için en az on iki saat,

c) Çok tehlikeli işyerleri için en az on altı saat olarak her çalışan için düzenlenir.

(2) Birinci fıkrada belirtilen eğitim sürelerinin Ek-1’de yer alan konulara göre dağıtımında işyerinde yürütülen faaliyetler esas alınır.

(3) Eğitim sürelerinin bütün olarak değerlendirilmesi esas olmakla birlikte dört saat ve katları şeklinde işyerindeki vardiya ve benzeri iş programları da dikkate alınarak farklı zaman dilimlerinde de değerlendirilebilir.

### **SORU: Hasta transferi sırasında gerekli önlemler alınmış mı?**

**SIRA** : 111

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 13

**BOYUTLAR** : HED, TKY, YPYD

### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.13.1.** Hastanın servisler arasındaki sedye ile transferi, sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.

**GD.13.2.** Hasta nakillerinde transfer formu kullanılmalıdır..

### **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi içinde hastanın acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, servisler arası sedye ile transferi sağlık personeli refakatinde yapılmalı ve düşme riskine karşı önlemlerin alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta dosyası üzerinden transfer formu kayıtları incelenmelidir. Transfer formunda hastaya ait bilgiler ile teslim eden ve teslim alan bilgileri bulunmalıdır.

**SORU: Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?**

**SIRA** : 112  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 14  
**BOYUTLAR** : YPYD, TGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.14.1.** Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi Acil Afet Planının güncel olup olmadığı incelenmelidir. Hastanenin farklı kampüslerde yer alan ek binaları söz konusu olduğunda her bir bina için ayrı HAP hazırlanmalıdır. Acil Afet Planı Valilik Onayı için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiş, ancak Valilik Onayı alınamamış ise olumlu olarak değerlendirilir.

**KAYNAK:**

Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği (20 Mart 2015)

**SORU : Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildiriliyor mu?**

**SIRA** : 113  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 15  
**BOYUTLAR** : YPYD, ÇHG

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.15.1.** Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temaslar bildirilmeli, gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

**GD.15.2.** Kesici delici alet yaralanmasına maruz kalan personellerin takipleri yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Kesici delici alet yaralanmaları ve kan vücut sıvıları ile temas bildirimlerinin nasıl yapıldığı ve kayıtları incelenerek yaralanma ve maruziyet sonrası uygun sürelerde takiplerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

**SORU : Hasta dosyasında belirlenen dosyalama planına uyuluyor mu?**

**SIRA** : 114  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 16  
**BOYUTLAR** : HDB, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.16.1.** Yataklı servislerde hasta dosyaları dosyalama planına uygun şekilde düzenlenmelidir.

**GD.16.2.** Dosya muhteviyatını gösteren kontrol çizelgesi dosya kapağında ve içeriğiyle uyumlu olmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Hasta dosyalarının sağlık tesisi tarafından hazırlanan dosyalama planına uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Dosya planına göre dosyada bulunması gereken dokümanlar ve sıralaması belirtilmeli, hasta dosyası standart matbu evrakları içermelidir.

Hasta dosyasında bulunması gerekenlerin listesi:

- Dosyada olması gerekenleri gösteren bir form düzenlenmelidir.
- Yatış: Hasta giriş kağıdı, hasta ve yakınları eğitim ve bilgilendirme formu vb,
- Tetkik ve Resmi Evraklar: Laboratuvar sonuçları, kimlik fotokopisi, doğum raporu vb.
- Hemşire ve Ebe Gözlem: Gözlem ve bakım formu, sözel order formu, kan ve kan ürünleri istem formu vb.
- Doktor ve Cerrahi İşlemler: Doktor tedavi planı (order), anestezi takip fişi, ameliyat kağıdı, onam formu, konsültasyon formu vb.

Taburculuk sonrası işlemler bittikten sonra dosya arşive teslim edilir , dosyada teslim eden, teslim alan ve tarih bilgilerinin olup olmadığı kontrol edilir.

**SORU: 112 komuta merkezine bildirilen verilerle (boş yatak, yoğun bakım yatağı ve kullanılabilir durumdaki cihazlar vb.) değerlendirme sırasındaki veriler uyumlu mu?**

**SIRA** : 115  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 17  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.17.1.** 112 il ambulans servisi komuta merkezine online olarak aktarılan veriler ile kurum kayıtları birbirleriyle uyumlu olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Yoğun bakım ve diğer bölümlerdeki boş yatak ve boş ventilatör sayıları öğrenilerek 112 Acil Komuta Merkezi telefonla aranarak mevcut sayıların bildirimlerle uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

**YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:**

Acil servislerin 112 KKM ile koordinasyonu MADDE 13 –

(1) Kamu ve özel bütün sağlık tesisleri, acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi kurmak zorundadır. Ortak kayıt sistemi, müdürlüğün denetim ve kontrolünde, Bakanlık bilgi sistemine entegre olacak şekilde ASKOM tarafından organize edilir.

(2) Sağlık tesisleri acil servislerine getirilen vakalara ait bilgileri her istendiğinde Bakanlığa, müdürlüğe ve 112 KKM' ne bildirmek zorundadır.

(3) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri, Hastane Afet Planlarını (HAP) hazırlamak ve bu planları, olağandışı ve afet hallerinde müdürlük afet birimi ve 112 Km'nin bilgisi dâhilinde uygulamakla yükümlüdür. Afet ve olağandışı durumlarda sağlık tesislerinin geçeceği alarm seviyesi ve yerine getireceği yükümlülükler il afet planı ve hastane afet planları doğrultusunda 112 KKM tarafından belirlenir.

**SORU: Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmiş ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmiş mi?**

**SIRA** : 116

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 18

**BOYUTLAR** : YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.18.1.** Sağlık tesisinde bulunan tüm birimlerin sorumluları belirlenmeli ve ilgili kişilerce tebellüğ edilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler bölüm değerlendirmeleri yaparken tanıştıkları sorumluların isimlerini not etmelidir. Görevlendirme yazıları yazılmış olan personelin sahada çalışan personel ile uyumlu olup olmadığı, ilgili personel tarafından tebellüğ edilip edilmediği değerlendirilmelidir. Görevlendirmeler güncel olmalıdır.

**SORU: Sağlık tesisinde mevzuata uygun Atık Yönetim Planı oluşturulmuş mu?**

**SIRA** :117

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 19

**BOYUTLAR** : YPYD

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.19.1.** Sağlık tesisinde mevzuata uygun Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı hazırlanmalı ve tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmalıdır.

**GD.19.2.** Sağlık tesisi günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) düzenleyerek, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmelidir.

**GD.19.3.** Ulusal Atık Taşıma Formunun D nüshası (Yeşil nüsha) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne resmi yazıyla gönderilmeli, formdaki atık miktarı kaydedilmelidir.

## **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi tarafından mevzuata uygun hazırlanan Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı ve ilgili belediye ile yapılan protokol görülmelidir. Eğer sağlık tesisi tarafından 2017 yılını da kapsayan daha önceden hazırlanmış Endüstriyel Atık Yönetim Planı hazırlanmış ise olumlu olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisleri atık yönetimi planı içerisinde ya da ayrı olarak tıbbi atık yönetim planını da hazırlamak zorundadır. Tıbbi atık yönetim planı için sadece sağlık tesisi yönetiminin onayı yeterlidir.

Üretilen tıbbi atığın teslimi sırasında oluşturulan Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) ya da günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu görülmelidir.

Sağlık tesisinin Ulusal Atık Taşıma Formunun D nüshasını (Yeşil nüsha) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne resmi yazıyla gönderdiğine dair kayıtları olmalı, bu kayıtlarda atık miktarı da belirtilmiş olmalıdır.

## **KAYNAK:**

### **ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ-2015**

#### **5. Madde**

o) Bu Yönetmelik veya diğer hukuki düzenlemeler ile atık yönetim planını hazırlama yükümlülüğü verilen gerçek ve/veya tüzel kişi, atık yönetim planını hazırlayarak sunmak ve onaylatmak/uygun görüş almakla yükümlüdür.

#### **6. Madde**

i) UATF'lerin kullanımına ve atıkların taşınmasına ilişkin usul ve esasları belirlemekle,

#### **9. Madde**

c) Ürettiği atıklara ve atıkların önlenmesi ile azaltılmasına yönelik olarak hazırlamakla yükümlü olduğu atık yönetim planını hazırlayarak il müdürlüğüne sunmakla ve onay almakla,

h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla yükümlüdür.

### **Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği 2017**

#### **5. Madde**

h) Tıbbi atık taşıma araçlarının atık taşıma lisansı alması, tıbbi atıkların işleme tesislerine lisanslı araçlar ile taşınması ve taşıma esnasında UATF kullanılması zorunludur.

#### **9. Madde**



- b) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla
- c) Tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla
- f) Günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını UATF düzenleyerek, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmekle yükümlüdür.

**SORU: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapılıyor mu?**

**SIRA** :118  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 20  
**BOYUTLAR** : EKÖ, ÇHG, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.20.1.** Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.

**GD.20.2.** Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

**GD20.3.** Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah renkli "DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

**GD.20.4.** Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! KEŞİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır.

Kesici-Delici atık kapları en fazla  $\frac{3}{4}$  oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

**GD.20.5.** Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla ve kanla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

**GD.20.6.** Tıbbi atık torbaları en fazla  $\frac{3}{4}$  oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Servisler, ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvarlar, acil vb. birimlerde incelenmelidir. Bu birimlerde evsel atık, ambalaj atığı, tıbbi atık, patolojik tıbbi atık toplama kutuları/kovaları ve kesici/delici alet kutularının uygun şekilde olup olmadığı görülmelidir. İçeriklerine bakılarak uygun ayrıştırma yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Örneğin evsel atık içerisinde kontamine (kan bulaşmış) eldiven görülmesi, kesici delici alet kutusunda boş flakon görülmesi gibi yanlış ayrıştırma yapılıyorsa olumsuz değerlendirilmelidir. Toplama ekipmanları (atık kovaları) atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulundurulmalıdır.

Tıbbi atıkların toplandığı kırmızı renkli torbalar, kapaklı, pedalla açılabilen kovalarda toplanmalıdır. Kovalar pedallı değil ise, kapağı yoksa, içerisinde kırmızı renkli standarda uygun torba yok ise olumsuz olarak değerlendirilir.

Patolojik atık cerrahi girişim, otopsi, anatomi veya patoloji çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, vücut sıvılarını ve fetüsü içerir. Herhangi bir kimyasalla muamele görmemiş kan torbaları ve kan yedekleri dahil vücut parçaları ve organları tıbbi atık kabul edilir. Patolojik tıbbi atıklar, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyoteknik" amblemi ile siyah renkli "DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Ameliyathane ve patoloji laboratuvarlarında bu unsur değerlendirilecektir. Kapların ve içeriğinin standarda uygun olup olmadığı kontrol edilecektir.

Kesici-delici atıklar; enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bistüri, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, kırılmış ilaç ampulleri, lam, lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıkları içerir. Değerlendirme esnasında kesici-delici atık kutularının içeriği kontrol edilmelidir. Kesici-delici atık kutusunda yukarıda tanımlanan atıklar dışında; örneğin enjektörün plastik piston kısmı, boş cam flakon, vb. görüldüğünde olumsuz değerlendirilir.

Sağlık tesisinde ambalaj atıkları (kontamine olmamış serum şişeleri, plastik ambalaj kapları, kartonlar, boş ilaç kutuları vb.) plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutularda ve üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

Gözlemciler bu unsuru atık depolarında torbaları görerek değerlendirebilecekleri gibi sağlık tesisinin çeşitli birimlerinde tıbbi atık kovalarının doluluğunu gözlemleyerek de kontrol edebilirler. Bir tıbbi atık kovası ağızına kadar dolu ise olumsuz olarak değerlendirilir.

**KAYNAK:**

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

5. Madde

b) Tıbbi atıkların, tehlikeli, tehlikesiz, belediye veya ambalaj atıkları gibi diğer atıklar ile karıştırılmaması esastır.

c) Tıbbi atıkların, kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, geçici depolanması, taşınması ve bertarafı esastır.

9. Madde

ç) Tıbbi, tehlikeli, tehlikesiz, ambalaj, belediye atıkları ve diğer atıkları birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrı toplamakla,

10. Madde (1), (2), (3) ve (4) fıkra

(2) Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı, orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır.

(3) Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz.

(4) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harflerle yazılmış “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve tıbbi atık torbalarına konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz.

TKHK Çevre ve Atık Yönetim Kriterleri

Atık Yönetimi Yönetmeliği

5. maddenin 1. fıkrasının b) bendinde, “Atık üretiminin kaçınılmaz olduğu durumlarda atıkların; yeniden kullanımı, geri dönüşümü ve ikincil hammadde elde etme amaçlı diğer işlemler ile geri kazanılması, enerji kaynağı olarak kullanılması veya bertaraf edilmesi esastır.” ve c) bendinde, “Doğal kaynak ve enerji kullanımının azaltılmasına yönelik olarak geri kazanılmış ürünlerin kullanımının özendirilmesi esastır.” 20. maddesinin 2. fıkrasında “Yeniden kullanıma hazırlama faaliyeti, toplama-ayırma ve ara depolama hariç geri kazanım faaliyeti için çevre lisansı olan atık işleme tesislerinde gerçekleştirilir.”

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

10. Madde (2) fıkra

(2) ... Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılamaz ve tekrar kullanılamaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, tıbbi atıklar torbasından çıkarılamaz, boşaltılamaz ve başka bir kaba aktarılamaz.

**SORU: Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 119

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 21

**BOYUTLAR** : EKÖ, ÇHG, ÇNE, YPYD

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.21.1.** Tıbbi atık torbaları ve patolojik atık biriktirme kapları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır. Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerlerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır.

**GD.21.2.** Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanmış olarak ve sıkıştırılmadan atık taşıma araçlarına yüklenmeli, toplama ve taşıma işlemi sırasında el veya vücut ile temastan kaçınılmalıdır. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritleri kullanılmamalıdır.

**GD.21.3.** Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.

**GD.21.4.** Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.

**GD.21.5.** Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir.

**GD.21.6.** Tıbbi atıkların yönetimi ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır.

**GD.21.7.** Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve verilen eğitimin kayıtları olmalıdır.

## AÇIKLAMA:

Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır. Tıbbi atık taşıma aracının temizliği, dezenfeksiyonu ve standartlara uygun olup olmadığı değerlendirilir. Taşıma sırasında torbaların sıkıştırılarak doldurulmadığı gözlemlenmeli ya da gözlenemiyorsa bu işle görevli atık taşıma personelinin konuya ilişkin bilgisi sorgulanmalıdır.

Tıbbi atıklar ve evsel nitelikli atıklar için ayrı taşıma araçlarının bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir. Atık taşıma araçlarının rutin temizliğinin ve araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı konusunda görevli personelden bilgi alınmalıdır.

Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçlarının geçici atık deposuna yakın bir yerde görevli personelin kolaylıkla ulaşabileceği alanlarda bulunup bulunmadığı gözlemler tarafından kontrol edilmelidir.

Gözlemciler enfeksiyon hemşiresine ya da atık taşıma personeline atıkların taşındığı güzergahları sorarak ya da mümkünse gözleyerek değerlendirmelidir.

Atık taşıma personeline, özel giysiler ve koruyucu ekipmanların yeterli olup olmadığı, bu giysilerin temizliğini nasıl yaptığı, nerede üstünü değiştirdiği ve giysilerini nerede muhafaza ettiği sorulmalıdır.

Tıbbi atık taşıma personelinin bilgi düzeyi sorularla ölçülmeli, eğitimleri sorulmalı ve eğitim kayıtları görülmelidir.

**KAYNAK:**

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği 2017

5. Madde

g) Sağlık kuruluşları ile bu atıkların toplanması, taşınması ve bertarafından sorumlu belediyelerin ya da belediyelerin yetkilerini devrettiği firmaların, tıbbi atık yönetimi faaliyetlerini yerine getiren ilgili personelinin periyodik olarak eğitimden ve sağlık kontrolünden geçirmesi ve tıbbi atık yönetimi kapsamındaki faaliyetlerin bu personel tarafından yapılması esastır.

9. Madde

i) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelin özel koruyucu giysilerini ve ekipmanlarını temin etmek ve kullanılmasını sağlamakla,

h) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelinin periyodik olarak eğitmekle/eğitimini sağlamakla,

11. Madde (1), (2), (3), (4), (5) ve (6) fıkra,

(1) Tıbbi atık torbaları, sağlık kuruluşu içinde bu iş için eğitilmiş personel tarafından paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış kapaklı konteyner/kap/kova ile toplanır ve taşınır. Tıbbi atıkların sağlık kuruluşu içinde taşınmasında kullanılan konteyner/kap/kova turuncu renkli olur, üzerlerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur.

(2) Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanarak sıkıştırılmadan kapaklı konteyner/kap/kova ile taşınır. Atık torbaları ve patolojik atık biriktirme kapları asla elde taşınmaz. Toplama ve taşıma işlemi sırasında vücut ile temastan kaçınılır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılamaz. Patolojik atık biriktirme kapları tekerlekli tıbbi atık taşıma araçları ile taşınır.

(3) Tıbbi atıklar ile diğer atıklar aynı araca yüklenemez ve taşınmaz.

(4) Tıbbi atık konteyner/kap/kovaları her gün düzenli olarak temizlenir ve dezenfekte edilir. Herhangi bir torbanın yırtılması, patlaması veya dökülme durumunda atıklar güvenli olarak yeni bir torbaya boşaltılır ve konteyner/kap/kova ivedilikle dezenfekte edilir

(5) tıbbi atıkları sağlık kuruluşu içince toplayarak tıbbi atık geçici deposuna taşımakla görevlendirilen personelin, taşıma sırasında 27. maddede belirtilen turuncu renkli özel kıyafet giymesi, koruyucu ekipmanları kullanması zorunludur.

(6) Sağlık kuruluşu içinde uygulanacak tıbbi atık toplama programında, atık taşıma araçlarının/atık taşıyan personelin izleyeceği güzergâh, hastaların tedavi olduğu yerler ile

diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenir.

13. Madde

j) Temizlik malzemeleri, özel giysi ve koruyucu ekipmanlar, tıbbi atık torbaları, kapları, kovaları ve konteynerler depoya yakın yerlerde bulundurulur. Temizlik ve dezenfeksiyon talimatı ile takip çizelgesi depo dışına görülebilecek şekilde asılır.

**SORU: Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN FAZLA TIBBİ ATIK ÜRETEN VE/VEYA TIBBİ ATIĞI +4 °C'DE 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR.)**

**SIRA** : 120  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 22  
**BOYUTLAR** : YPYD, EKÖ

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.22.1.** Tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır. Depo hacmi sağlık tesisinin en az iki günlük , +4°C soğutulması durumunda ise en fazla bir haftalık atığını alabilecek boyutta olmalıdır.

**GD.22.2.** Tıbbi atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunmalı, sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalı ve tıbbi atığın 1 haftaya kadar bekletilmesi durumunda ısı takip çizelgesi doldurulmalıdır.

**GD.22.3.** Tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalı, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.

**GD.22.4.** Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalı, depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. Depo, atıkların boşaltılması müteakiben temizlenip, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.

**GD.22.5.** Tıbbi atık deposunun günlük temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi günlük 50 kg' dan fazla tıbbi atık üretiyorsa ya da 50 kg' dan az üretse dahi tıbbi atığı 2 günden fazla bekletmek zorunda kalıyor ise +4 °C'de muhafaza etmesi gerekmektedir. Tıbbi atığı 1 hafta bekletmek zorunda ise tıbbi atık deposu 1 haftalık atığını alacak kapasitede olmalıdır.

Tıbbi atık deposu yeterli aydınlatılmalıdır. Soğutulmayan depolarda pasif havalandırmanın olup olmadığı değerlendirilmelidir. Havalandırma penceresi/deliği böcek ve hayvan girişine izin vermeyecek şekilde kapatılmış olmalıdır. Sıcak bölgelerde ve tıbbi atığın 2 günden fazla

bekletilmesi durumunda depo özel olarak soğutulmalıdır. Soğutulan depolarda ısı takip çizelgesi sabah, öğle ve akşam olmak üzere doldurulmalı, gözlem sırasında kontrol edilmelidir.

Tıbbi atık depo kapılarının dışarıya doğru açıldığı veya sürgülü olduğu, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulduğu kontrol edilmelidir. Depo ve kapısı içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde olmalıdır. Tıbbi atık kapısının turuncu renkte olduğu, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunduğu kontrol edilmelidir.

Değerlendirme sırasında depo içerisinde su musluğu, ızgaralı drenaj sistemi bulunması durumunda olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Depo girişinde günlük temizlik ve dezenfeksiyonun yapıldığına dair takip çizelgesi bulundurulmalı, gözlemciler tarafından kontrol edilmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı görevli personele sorulmalıdır.

#### KAYNAK:

#### Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

#### 13. Madde

- a) Deponun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olur.
- b) Deponun hacmi, 12 nci maddenin ikinci fıkrasının uygulanması durumunda en az bir haftalık atığı alabilecek boyutta olur.
- c) Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanır. Depolarda yeterli aydınlatma bulunur.
- ç) Soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunur.
- d) Deponun kapısı turuncu renkli olur ya da turuncu renge boyanır, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. Kapı daima temiz ve boyanmış durumda olur.
- e) Depo kapısı dışarıya doğru açılır veya sürmeli yapılıdır.
- f) Depo kapısı kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmez.
- g) Depo ve kapısı içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde tesis edilir,
- ğ) Deponun içi ve kapıları görevli personelin rahatlıkla çalışabileceği, atıkların kolaylıkla boşaltılabileceği, depolanabileceği ve yüklenebileceği boyutlarda tesis edilir,
- h) Depo sağlık tesisi giriş çıkışı gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlarında tesis edilmez,
  - 1) Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılır. Depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmaz.
- i) Depo, atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenir, dezenfekte edilir ve gerekirse ilaçlanır. Tıbbi atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar tıbbi atık torbasına konular ve kullanılan ekipman ile birlikte depo derhal dezenfekte edilir.

j) Temizlik malzemeleri, özel giysi ve koruyucu ekipmanlar, tıbbi atık torbaları, kapları, kovaları ve konteynerler depoya yakın yerlerde bulundurulur. Temizlik ve dezenfeksiyon talimatı ile takip çizelgesi depo dışına görülebilecek şekilde asılır.

**SORU: Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu? (GÜNLÜK 50 KG'DAN AZ TIBBİ ATIK ÜRETEN VE TIBBİ ATIĞI 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETMEYEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)**

**SIRA** : 121  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 23  
**BOYUTLAR** : YPYD, EKÖ

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.23.1.** Tıbbi Atık Konteynerları ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda, hacmi en az 0.8 m<sup>3</sup>, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemedan yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.

**GD. 23.2.** Tıbbi Atık Konteynerları, kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde, doğrudan güneş almayan, hastane giriş-çıkışı, otopark ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.

**GD. 23.3.** Tıbbi Atık Konteynerlerin kapakları kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemeli ve başka maksatla kullanılmamalıdır.

**GD. 23.4.** Tıbbi Atık Konteynerlarının iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemeli; dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah harfler ile yazılmış "DİKKAT ! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.

**GD. 23.5.** Tıbbi Atık Konteynerları, daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerin içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Günlük 50 kg' dan az tıbbi atık üreten ve tıbbi atığını 2 günden fazla bekletmeyen sağlık tesislerinde geçici depolama işlemi için depo yoksa konteyner bulundurulmalıdır. Konteynerler en az 0.8 m<sup>3</sup> hacminde, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemedan yapılmalı, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir ve 2 günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta/sayıda olmalıdır.

Tıbbi atık konteynerlerinin bulunduğu alan değerlendirilmelidir. Tıbbi Atık Konteynerları kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde ve mutlaka bina dışında bulunmalıdır.



Konteynerlerin kilitli olup olmadığı, başka amaçla kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir.

Gözlemciler konteynerların standartlara uygun olup olmadığını değerlendirmelidir.

Konteynerlar kontrol edilerek, sorumlu personelden temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı hakkında bilgi edinilmelidir.

#### **KAYNAK:**

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği

14. Madde

- a) Hacmi en az 0.8 m<sup>3</sup>, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olur.
- b) Kapaklar, konteynerın içine herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde üretilir.
- c) Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermez. Kesişen yüzeyler yumuşak dönüşlerle birbirine birleşir.
- ç) Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkli olur, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur.
- d) Konteynerler sağlık kuruluşunun en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olur.
- e) Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşunun bulunduğu parsel sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilir.
- f) Konteynerlerin kapakları daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmez.
- g) konteynerlar atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenir ve dezenfekte edilir. Temizlik ve dezenfeksiyon uygun dezenfektan kullanılarak yapılır.
- ğ) Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmaz.

**SORU: Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu?**

**(Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler için GD.24.1 ve GD.24.2 unsurları muaftır)**

<b>SIRA</b>	: 122
<b>BÖLÜM ADI</b>	: GENEL DEĞERLENDİRME
<b>BÖLÜM SIRA NO</b>	: 24
<b>BOYUTLAR</b>	: YPYD

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.24.1.** Evsel atık deposunun kapısında görülebilecek şekilde siyah renkle “Evsel Atık Deposu” ibaresi bulunmalı, deponun zemini, tavanı, duvarı kırık ve çatlak olmamalı, yeterli aydınlatma olmalı ve deponun pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.

**GD.24.2.** Evsel atık deposunda atıkların tamamen boşaltılmasını müteakiben zemini, tavanı ve duvarı temizlenmelidir. Temizlik için, depo içinde veya yakınında basınçlı su musluğu ve suyun gidebileceği kanalizasyona bağlı ızgaralı drenaj sistemi bulunmalıdır.

**GD.24.3.** Cam, plastik, kağıt, metal gibi ambalaj atıklar, kaynağında ayrı ve üzerinde "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılı plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Belediye tarafından toplanacak olan evsel atıklar, bir depoda toplanıyorsa bu unsurlar değerlendirilecektir. Depo standartlara uygun değil ise olumsuz olarak değerlendirilecektir.

Depoların temizliği basınçlı su ile yapılmalı ve suyun kanalizasyona bağlantısı ızgaralı drenaj sistemi ile olmalıdır. Zeminde sızıntı gözlenen, kötü kokulu depolar olumsuz olarak değerlendirilir. Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler muafır.

Sağlık tesisinde kontamine olmamış ambalaj (cam, plastik, metal, kağıt vb.) atıkları plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılarak toplanmalıdır. Ambalaj atıkları evsel atık deposunda ya da uygun bir depo alanında toplanmalıdır.

#### **KAYNAK:**

TKHK Çevre ve Atık Yönetim Kriterleri (19/02/2016 tarih ve 86642992-103.01-E.42 sayılı yazısı)

#### **SORU: Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 123  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 25  
**BOYUTLAR** : TGY, YPYD

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

##### **GD.25.1.**

Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar,  
Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, glüteraldehit vb.)  
Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar,  
Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, Cam ve plastikler,  
Amalgam atıkları,  
Kartuş ve tonerler,  
Flourosan ve diğer civa içeren atıklar,  
Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi,  
Elektrik ve elektronik ekipman atıkları,  
Eski aküler,  
Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları,  
Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar,

Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar,  
Röntgen banyo suları ve piller,  
Laboratuvarda ortaya çıkan doku boyama sıvısı (hematoksilen, eozinboyalı),  
Etilen oksit kartuşları gibi Atık Yönetimi Yönetmeliği Ek-4 atık listesinde yer alan diğer tehlikeli atıklar, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.

**GD.25.2.** Laboratuvarda doku boyama işlemi için özel lavabo ayrılmalı, burada çıkan atık sıvı kanalizasyona gitmeyecek şekilde bidon vb. kaptan toplanarak tehlikeli atık kapsamında değerlendirilmelidir.

**GD.25.3.** Tehlikeli atık biriktiren ve depolayan sağlık tesisi Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğünden Tehlikeli Atık Geçici Depolama İzni almalıdır.

**GD.25.4.** Tehlikeli atıklar, tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde, geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.

**GD.25.5.** Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.

**GD.25.6.** Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) ile lisanslı taşıma/bertaraf firmasına teslim edilmelidir. Formun bir nüshası (Yeşil nüsha D) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne gönderilmelidir.

**GD.25.7.** Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Tehlikeli atıkların ayrıştırılmasının doğru yapıp yapılmadığı servislerde, laboratuvarda, dış polikliniklerinde, kemoterapi merkezlerinde, görüntüleme ve tehlikeli atık depolarında gözlenmelidir. Ameliyathenede inhalasyon anesteziplerinin (sevorane vb.) şişelerinin nasıl bertaraf edildiği sorgulanmalıdır. Kemoterapi yapılan merkezlerde kemoterapi ilaçları ve flakonları, uygulanan serumlar, serum setleri, enjektörler tehlike atık olarak değerlendirilmelidir. Laboratuvarda ve sağlık tesisinin genelinde kullanılan ve şüpheli tehlikeli atık olabileceği düşünülen sıvıların analizlerinin yaptırılıp, Atık Yönetimi Yönetmeliği EK-4 ' de verilen listede belirtilen konsantrasyonların üzerinde ise tehlikeli atık kabul edilip depolanmalı ve bertarafı o şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli atıklar uygun kaplarda toplanmalıdır. Sıvı atıklar için varil, katı ve taşınabilir hafif atıklar için ise; üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde "DİKKAT! TEHLİKELİ ATIK" ibaresini taşıyan, sağlam plastik torbalar kullanılmalıdır.

Laboratuvarlarda boyama işlemleri için ayrılan lavabo su giderinin bir bidonda toplanıp tehlikeli atık olarak depolandığı ve kanalizasyona karışmadığı gözlenmelidir.

Ayda 1.000 kilogram veya daha fazla tehlikeli atık üreten atık üreticileri, tehlikeli atık geçici depolama izni almalıdır. Sağlık tesisinde aylık 1.000 kg' dan az atık çıkıyorsa GD.25.3 unsurundan muaf tutulacaktır.

Tehlikeli atık depo alanları tesis ve binalardan uzakta, beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip) olmalıdır. Tel örgü ile çevrilmiş, üstü

açık depolama alanları olumsuz olarak değerlendirilir. Depo yakınında yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.

Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır. Kırılabilir nitelikteki tehlikeli atıklar, depoda kırılmayacak şekilde depolanmalıdır. Örneğin, floresan lambalar arasına uygun malzeme (yumuşak malzeme) konularak (karton kutuda) muhafaza edilebilir. Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde ve ağzı kapalı depolanmalıdır. Örneğin, oksitleyici madde ile yanıcı madde birbirinden uzakta muhafaza edilmeli. Tehlikeli atık kaplarının üzerinde EWC kodlaması yapılmalı ve depo içerisinde farklı alanlarda depolanmalıdır. EWC kodları duvarda yazılı olmalı ve tehlikeli atık kapları koduna uygun yerde depo içerisinde yer değiştirmeden depolanmalıdır.

Gözlemci tehlikeli atıkların lisanslı taşıma /bertaraf firmasına teslimi sırasında oluşturulan ulusal atık formunun sağlık tesisinin de kalan nüshasını görmeli, (Yeşil nüsha D) düzenli olarak Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne gönderildiğine dair kayıtları incelemelidir.

Sağlık tesisi bir önceki yılın atık beyanını (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) giriş yapmalı ve bu bilgileri 5 yıl süre ile saklamalı ve kayıtlar görülmelidir.

#### **KAYNAK:**

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği

9. Madde

atık üreticisi,

b) Atıklarını ayrı toplamak ve geçici depolamakla

ğ) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayı itibariyle başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamalar kullanarak doldurmak, onaylamak, çıktısını almak ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla, askeri birlik ve kurumlar ise yazılı olarak belirtilen sürede Millî Savunma Bakanlığı ve Genelkurmay Başkanlığınca Bakanlığa göndermek ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla,

h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla,

i) Ürettikleri atıkların toplanması, taşınması ve geçici depolanması gibi işlemlerden sorumlu olan çalışanlarının eğitimini sağlamakla, sağlık ve güvenlik ile ilgili her türlü tedbiri almakla,

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği

13. Madde (2) ve (3) fıkra

(2) Özelliğine göre sınıflandırılarak geçici depolanan atığın üzerinde tehlikeli ya da tehlikesiz atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunur.

(3) Atıklar birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde geçici depolanır.

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği Eki Ek-4'teki Atık Listesinde altı haneli atık kodunun yanında yıldız (\*) işareti bulunan atıklar (Tehlikeli Atıklar)

Atık Yönetimi Yönetmeliğinde 23/03/2017 tarihli yapılan değişiklikle aylık 1.000 Kg üzerinde tehlikeli atık çıkaran kurumlar depolama izni almalıdır.((5) Ayda bin kilogramdan daha az tehlikeli atık üreten atık üreticilerinin, tehlikeli atıklarını geçici olarak depoladığı/depolayacağı alanları/konteynerleri geçici depolama izninden muafır. Ayda bin

kilogram veya daha fazla tehlikeli atık üreten atık üreticileri tehlikeli atıklarını geçici depoladığı alanları/konteynerleri için il müdürlüğünden geçici depolama izni alır.

**SORU: Tehlikeli ve Tıbbi Atıklar Birim bazında tartılıyor mu?**

**SIRA** : 124  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 26  
**BOYUTLAR** : YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.26.1.** Tehlikeli ve tıbbi atık torbalarında karışıklığa sebep olmayacak şekilde, hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalı, tehlikeli ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) otomasyonunda oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

**GD.26.2.** Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için birim bazında dönemsel analizleri yapılmalıdır. Tehlikeli ve tıbbi atık miktarı için yapılan analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli ise eğitim veya düzenlemeler yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde tıbbi atık miktarının azaltılması, takibi ve atığın depolanması sırasında (kesici delici alet vb. nedeniyle) oluşabilecek yaralanmaların hangi birimden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla uygulanmaktadır. Sağlık tesisinin aylık analizlerini ve atığın azaltılmasına yönelik alınacak tedbirlerin belirlenmesini sağlayacaktır. Etiketle atığın çıktığı birim, kg, tartıldığı tarih ve saati gibi bilgiler yer almalıdır. Modülde tıbbi ve tehlikeli atık miktarı (EWC koduna göre sınıflandırılarak) ayrı girilmelidir. Tıbbi atık torbasında bulunan etiket ile HBYS Atık Modülündeki kayıtlar karşılaştırılmalıdır.

Birim bazında yapılan ölçümlerden elde edilen sonuçların analizleri yapılarak gerekli önlemlerin alındığına ve gerektiğinde eğitimlerin verildiğine dair kayıtları gözlemciler incelemelidir.

**KAYNAK:**

TKHK Çevre ve Atık Yönetim Kriterleri

Atık miktarının birim bazında tespiti, takibi ve azaltılması amacıyla TKHK'nın 19/02/2016 tarih ve 86642992-103.01-E.42 sayılı Atıkların Birim Bazlı Tartılması konulu yazısıyla atıkların birim bazında tartılması, kaydedilmesi, sonucun değerlendirilmesi ve analiz edilmesi istenilmektedir.

**SORU: Yangın merdivenleri ve kaçış yolları uygun olarak düzenlenmiş mi?**

**SIRA** : 125  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME

**BÖLÜM SIRA NO** : 27  
**BOYUTLAR** : TGY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.27.1.** Acil çıkışları gösteren çıkış levhaları bulunmalı ve levhalar işlevsel olmalıdır.

**GD.27.2.** Sağlık tesisinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.

**GD.27.3.** Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

**GD.27.4.** Yangın çıkış kapıları ve yangın merdivenleri kullanıma hazır ve işlevsel olmalı ve kullanım amacı dışında kullanılmamalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Acil çıkış levhalarının işlevsel olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisinin yangın yönetmeliğine uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu incelenmelidir.

Sağlık tesisinin İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporunda belirtilen uygunsuzluklar ile ilgili çalışmaların yapılıp yapılmadığı değerlendirilir.

Yangın çıkış kapıları( panik barlı ) ve yangın merdivenleri amacı dışında kullanılmamalı, kilitli olmamalı ve her an çıkış yapılabilecek şekilde (kapının önüne veya arkasına engel olacak fiziki herhangi bir şey bulunmamalı) olmalıdır.

**SORU: Yangın söndürme sistemlerinin yerleşimi uygun mu, kontrolleri ve genel bakımları yapılıyor mu?**

**SIRA** : 126  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 28  
**BOYUTLAR** : TGY, YPYD, ÇHG

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.28.1.** Sağlık tesisinin yangın ile ilgili plan/krokileri kolay ulaşılabilir olmalı ve krokilerde yangın söndürme sistemlerinin yeri belirtilmeli ve yangın söndürme tüpleri numaralandırılarak listesi oluşturulmalıdır.

**GD.28.2.** Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde olmalı ve sabitlenmelidir.

**GD.28.3.** Yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmeli, kolayca görülebilir ve erişilebilir olmalıdır.

**GD.28.4.** Yangın söndürme tüpleri altı ayda bir kontrol edilmeli, yıllık genel bakımları yangın güvenliği sorumlusu veya temsilcisinin gözetiminde yapılmalı, standartlara uygun toz kullanılmalı ve dört yıl sonunda tozu değiştirilmelidir.

**ketiketleme yapılmalıdır.**

#### **AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından bölüm değerlendirmeleri yapılırken yangın söndürme tüpleri, yangın hortumları ve yangın uyarı butonlarının olup olmadığı incelenmelidir. Gözlem esnasında randomize olarak seçilen birimlerdeki yangın söndürme tüpleri sayısı ile sağlık tesisi tarafından hazırlanan birim bazlı listenin uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Yangın söndürme tüplerinin zeminden olan yüksekliği 90 cm'yi aşmayacak şekilde ve sabitlenmiş olmalıdır.

Gözlemciler sağlık tesisi içinde bölümler değerlendirilirken yangın uyarı butonları yerden en az 110 cm ve en fazla 130 cm yüksekliğe yerleştirilmiş mi, kolayca görülebilir ve erişilebilir olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Altı aylık kontrol ve yıllık bakımlara ait kayıtlar incelenir. Bu bakımların yangın güvenliği sorumlusu gözetiminde yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Yangın söndürme tüplerinin ve hortumlarının üzerinde yıllık kontrol edildiğine dair etiketlerin olup olmadığı incelenmelidir.

#### **KAYNAK:**

SAĞLIK BAKANLIĞI YANGIN ÖNLEME VE SÖNDÜRME YÖNERGESİ (2008):

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TAŞINABİLİR SÖNDÜRME TÜPLERİ

MADDE 99- (1) Taşınabilir söndürme tüplerinin tipi ve sayısı, mekânlarda var olan durum ve risklere göre belirlenir. Buna göre;

- a) A sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, çok maksatlı kuru kimyevi tozlu veya sulu,
- b) B sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu, karbondioksitli veya köpüklü,
- c) C sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu veya karbondioksitli,
- ç) D sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru metal tozlu, söndürme tüpleri bulundurulur.

(2) Düşük tehlike sınıfında her 500 m<sup>2</sup>, orta tehlike ve yüksek tehlike sınıfında her 250 m<sup>2</sup> yapı inşaat alanı için 1 adet olmak üzere, uygun tipte 6 kg'lık yangın söndürme tüpü bulundurulması gerekir.

(3) Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde ayrıca tekerlekli tip söndürme tüpü bulundurulması mecburidir.

(4) Söndürme tüpleri dışarıya doğru, geçiş boşluklarının yakınına ve dengeli dağıtılarak, görülebilecek şekilde işaretlenir ve her durumda kolayca girilebilir yerlere, yangın dolaplarının içine veya yakınına yerleştirilir. Söndürme tüplerine ulaşma mesafesi en fazla 25 m olur.

(5) Taşınabilir söndürme tüpleri için, söndürücünün duvara bağlantı asma halkası duvardan kolaylıkla alınabilecek ve zeminden asma halkasına olan uzaklığı yaklaşık 90 cm'yi aşmayacak şekilde montaj yapılır.

(6) Arabalı yangın söndürücülerin TS 11749- EN 1866 ve diğer taşınabilir yangın söndürme tüplerinin TS 862- EN 3 kalite belgeli olması şarttır.

(7) Yangın söndürücülerin periyodik kontrolü ve bakımı TS 11748 standardına göre yapılır. Söndürücülerin bakımını yapan üreticinin veya servis firmalarının Sanayi ve Ticaret Bakanlığının dolun ve servis yeterlilik belgesine sahip olması gerekir. Servis veren firmalar, istenildiğinde müşterilerine belgelerini göstermek zorundadır. Söndürme tüplerinin altı ayda bir kontrol edilmesi, yıllık genel bakımlarının yapılması, standartlara uygun toz kullanılması ve dört yıl sonunda tozunun değiştirilmesi şarttır.

(8) Binalara konulacak yangın söndürme tüplerinin cinsi, miktarı ve yerlerinin belirlenmesi konusunda, gerekirse Sivil Savunma Müdürlüğü veya mahalli itfaiye teşkilatının görüşü alınabilir.

#### BEŞİNCİ BÖLÜM PERİYODİK TESTLER VE BAKIM

MADDE 100- (1) Bu Yönergede öngörülen yangın söndürme sistemlerinin, ilgili birim amiri, yöneticisi veya bunların yazılı olarak sorumluluklarını devrettiği yetkili personelin sorumluluğu altında, ilgili standartlarda belirtilen sistemin gerektirdiği periyodik kontrole, teste ve bakıma tabi tutulması şarttır. Sonuç rapor ile belgelenir.

**SORU: Kurumda personele verilecek eğitimlere yönelik bir eğitim planı oluşturulmuş mu?**

**SIRA** : 127  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 29  
**BOYUTLAR** : YPYD, ÇNE

#### DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.29.1.** Kurumda personele verilecek olan eğitimlere yönelik eğitim planı oluşturulmalıdır.

**GD.29.2.** Eğitimler planlanan zamanda yapılmalıdır.

#### AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hizmet içi eğitimlere yönelik yıllık eğitim planı oluşturulmalı ve eğitimler plana uygun olarak verilmelidir. Değerlendirilme sırasında randomize olarak seçilen personelin aldıkları eğitim konu başlıkları ve zamanları not edilerek, verilen eğitimin kayıtları ile karşılaştırılmalıdır.

**SORU: Çalışanlara “uyum eğitimi” verilmiş mi?**

**SIRA** : 128  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 30  
**BOYUTLAR** : ÇNE, YPYD



## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.30.1.** Kuruma yeni başlayan personele, bir hafta içinde uyum eğitimi verilmelidir.

**GD.30.2.** Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Bölüm değerlendirmeleri yapılırken bölümlere en son gelen personel isimleri alınarak bu personele ait genel ve bölüm uyum eğitim kayıtları incelenmelidir.

Genel uyum eğitimleri; sağlık tesisinin fiziki yapısı, hizmet verilen bölümler, yönetim kadrosu çalışma koşulları, izinler, hastane ulaşımı, hastane iletişim bilgilerini içermelidir.

Bölüm uyum eğitimleri bölüm yönetici ve çalışanları, bölümün faaliyet ve işleyişi, bölümün fiziki yapısı, mesleki kategorilere göre görev ve sorumlulukları, bölümle ilgili yazılı düzenlemeleri, HBYS eğitimini, bölümde kullanılan tıbbi cihaz bilgilerini içermelidir. Eğitimlerin ilgili personelin başlangıç tarihinden itibaren bir hafta içinde yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

**SORU: Sağlık tesisinin web sayfasında sağlık tesisinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?**

**SIRA** : 129  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 31  
**BOYUTLAR** : YPYD, HED

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.31.1.** Sağlık tesisinin Web sayfasında;

- Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar,
- Hekim aylık ve günlük çalışma listesi,
- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri,
- Randevu alma bilgileri,
- Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı,
- Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan,
- Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar,
- Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri,
- Site içi arama motoru olmalıdır.

**GD.31.2.** Bilgiler güncel olmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi web sayfasında değerlendirilecek unsurlarda belirtilen tüm bilgilerin olup olmadığı ve güncelliği değerlendirilmelidir.

**SORU: Su deposunun periyodik kontrolleri yapılıyor mu?**

**SIRA** : 130  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 32  
**BOYUTLAR** : TGY, YPYD, EKÖ

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.32.1.** Su deposunda haftalık klor ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen klor oranı kayıt edilmelidir.

**GD.32.2.** Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez su numunesi alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizler yapılmalıdır.

**GD.32.3.** Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizler Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.

**GD.32.4.** Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtlar olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Su depolarına ait haftalık klor ölçümlerinin kayıtları incelenmelidir. 17.02.2005 tarih ve 25730 Sayılı Resmi Gazete de yayınlanan “İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik” gereği; Su şebekesinin uç noktalarında serbest bakiye klor miktarı 0,2-0,5 mg/L( ppm) olmalıdır. Klor miktarının bu sınırların dışında olması halinde düzeltici faaliyet geliştirilip geliştirilmediği kontrol edilmelidir.

Su deposundan yılda en az 2 (iki) kez yapılan bakteriyolojik ve kimyasal analizlere ait sonuçlar değerlendirilmelidir.

Klor ölçümleri ve bakteriyolojik analizlerin Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından değerlendirilip değerlendirilmediği incelenmelidir.

Su deposunun periyodik olarak yılda 1(bir) kez boşaltılıp temizlenerek dezenfekte edildiğine dair kayıtlar değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

**İNSANİ TÜKETİM AMAÇLI SULAR HAKKINDA YÖNETMELİK**

Madde 10 (Değişik beşinci fıkra:RG-7/3/2013-28580) (Değişik cümle:RG-20/10/2016-29863)

İçme-kullanma sularının dezenfeksiyonunda klor ve klorlu bileşikler kullanılır, su deposunda suyun debisine ve basıncına göre ayarlanabilen otomatik klorlama cihazları ile dezenfeksiyon işlemi yapılır ve uç noktada yapılacak ölçümlerde serbest klor düzeyinin 0.2-0.5 mg/L olması sağlanır. Klorlamada bu düzeyin sağlanamaması durumunda mahalli idare tarafından ara klorlama ünitesi yaptırılır. Deprem ve sel gibi olağanüstü durumlar ile kaynak, depo ve şebeke sistemi gibi su yapılarında oluşan arızalanmalara bağlı olarak yapılan su kesintilerinde şebekenin en uç noktasında serbest klor düzeyi en fazla 1.0 mg/L olacak şekilde klorlama yapılabilir. İçme-kullanma suyunda dezenfeksiyon etkinliğinin denetlenmesi amacıyla, serbest klor ölçümleri suyun mahallinde her gün yapılır.

**SORU: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?**

**SIRA** : 131  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 33  
**BOYUTLAR** : YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.33.1.** Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

**GD.33.2.** Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi, doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "bebek teslim formu" ile kayıt altına alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Sağlık tesisinde Ayaktan ve Yatan Hastalarda kullanılacak kimlik doğrulama belirteçlerinin ayrı ayrı belirlenip belirlenmediği gözlemci tarafından sorgulanmalıdır. Hasta kayıt kabul birimlerinde her türlü yapılacak işlem öncesi, laboratuvar testleri için numune alımında, laboratuvar sonucu manuel yazılacak hasta raporlarında, tetkik sonuçlarının hastaya verilmesi sırasında, radyoloji, endoskopi, anjiyo gibi her türlü girişimsel ve cerrahi işlem öncesi, ilaç uygulamaları öncesi, girişimsel işlemler öncesi (NG uygulama, sonda takma), hasta transferi (iç/ dış) öncesi, kan ve kan ürünlerinin kullanımı ve transfüzyonu öncesi, tedavi prosedürlerinin uygulaması öncesi vb. durumlarda hasta kimliğinin doğrulanıp doğrulanmadığı sorgulanmalı ve gözlem esnasında ziyaret edilen bölümlerde uygulamanın yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Hasta doğrulamada tanımlayıcı olarak hasta bilekliği kullanılıyor ise yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalı ve hasta ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği değerlendirilmelidir. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı (bebeğin cinsiyetine göre: kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı) kullanılmalıdır. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. Çoğul gebeliklerde anneye her bebek için ayrı kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır (İkiz gebelikte annede her iki bebeğe ait iki kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır).

Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi sırasında doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "Bebek Teslim Formu" ile teslim edilip edilmediği gözlemlenir, kayıtlar değerlendirilmelidir.

**SORU: Sağlık tesisinde hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmış mı?**

**SIRA** : 132

**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 34  
**BOYUTLAR** : YPYD, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.34.1.** Hastaların düşme riskini azaltacak önlemler alınmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler sağlık tesisinde hasta dosyalarındaki düşme risk değerlendirme ölçeklerini ve değerlendirmelerin belirlenen periyotlarda tekrarlanıp tekrarlanmadığını incelemeli, hastalara ve yakınlarına verilen eğitimleri ve hastane kaynaklı düşme risklerini azaltmak için alınan önlemleri değerlendirmelidir. Önlemler en az aşağıdaki unsurları içermelidir.

- Hasta odaları ve diğer kullanım alanları, hastaların çarpmasını ve düşmesini önleyecek şekilde düzenlenmelidir.
  - Islak ve kaygan zeminlerde uyarı levhaları konulmalıdır.
  - Zemin kuru olmalıdır.
  - Sedyeler hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde frenleri kilitli olarak park edilmelidir.
  - Sedyeye hasta taşıma arabaları ve yatak korkulukları periyodik olarak kontrol edilmelidir.
  - Hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında düşmelere engel olacak şekilde korkuluk, kemer vb. olmalı ve bunlar etkin kullanılmalıdır.
  - Tekerlekli yataklar ve sandalyeler kullanılmadığı zamanlar kilitlenmelidir.
  - Hasta odasında gereksiz eşyalar, yerlerde kablo vb. bulundurulmamalıdır.
  - Tuvalet ve yatak arasında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar olmamalıdır.
  - Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken nesnelere uzanmadan alabileceği mesafede olmalıdır.
  - Destekli yürüyebilen hastalarda tekerlekli sandalye, baston ya da koltuk değneği kolay ulaşabileceği şekilde yerleştirilmelidir.
  - Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
  - Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak şekilde düzenlenmelidir.
  - Koridorda hastanın yürürken tutabileceği bantlar olmalı, yerlerde üstüne basılabilecek gereksiz eşya vb. şeyler bulunmamalıdır.
  - Yatışı yapılan hastanın kendisine ve refakatçisine bölüm uyum eğitimi verilmelidir.
  - Uzun süre yatak istirahati sonrası, sedasyon gerektiren uygulama sonrası, ameliyat sonrası hasta ilk defa ayağa kalkıyorsa hastaya eşlik edilmelidir.
- Sağlık tesisi içinde hastanın acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, servisler arası sedye ile transferi yapılırken düşme riskine karşı önlemlerin alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

3.1. Yataklı Servis Hizmet Sunumu Süreci

e) Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır.

f) Kliniklerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır

h) Yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.

i) Hasta ve yakınlarının eğitime dair bir sistem oluşturulmalıdır.

**SORU: Hizmet sunulan tüm alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 133  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 35  
**BOYUTLAR** : HAH, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.35.1.** Hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından değerlendirme yapılan (acil servis, poliklinikler, bebek emzirme, kan alma, servis yoğun bakım, doğumhane, vb.) alanlarda hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

**Gözlemciler**

-Fiziksel mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemelerde; Sağlık tesisine muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastalarda her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmeli, hasta muayenesi paravan veya perde arkasında, üçüncü kişilerin görmesi engellenerek yapılmalı muayene odasında veya girişim alanında sağlık personeli dışında kişi olmamalı, polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.

-Tıbbi mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemeler, hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine saygı gösterilmeli, tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken sağlık personeli dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

3.1.Yataklı servis hizmet sunum süreci

g) Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb) bulunmalıdır.

TKHK- Sağlık Bakım ve Hasta Hizmetleri Daire Başkanlığı Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi Hk.yazı 09.02.2017-86642892 E.01.33

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ- 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420

Hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi konulu Genelge 2016/10

**SORU: Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları mevcut mu?**

**SIRA** : 134  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 36  
**BOYUTLAR** : YPYD, ÇHG

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSUR:**

**GD.36.1.** Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanlarının bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde çalışan görevli personel için tüm bölümlerde (acil servis, servis vb.) giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TKHK 12.11.2014 TARİHLİ “ DİNLENME ODALARI “ İLE İLGİLİ YAZI

Sağlık tesislerimizde daha kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunulması; çalışan personelin moral ve motivasyonunun yüksek olmasına, ihtiyaç ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına, fiziki ortam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile doğru orantılıdır. İyi hizmet sunulması sadece yeterli personelin mevcut olması ile değil işini ve çalıştığı ortamı seven, güler yüzlü ve çalışmaya istekli personel ile mümkün olacaktır. Sağlık personeli çalıştığı ortamda ne kadar mutlu ve huzurlu olursa; çalıştığı kuruma olan bağlılığı, yaptığı işlerdeki başarısı ve buna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti de bir o kadar artacaktır.

Bu bağlamda; sağlık personelimizin taleplerinin karşılanması ve uygun dinlenme odalarının oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda; tercihan günışığı alan dinlenme odalarının oluşturulması ve bu alanlarda asgari olarak; el yıkama lavabosu, mini buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.) ve televizyon bulunmasının sağlanması ayrıca kişiye özel eşyaların muhafazası için çalışanlara dolap tahsis edilmesi, mahremiyete uygun giyinme alanlarının oluşturulması gerekmektedir.

**SORU: Hastalardan alınan numuneler uygun şekilde laboratuvara ulaştırılıyor mu?**

**SIRA** : 135  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 37  
**BOYUTLAR** : HED, YPYD, EKÖ

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**GD.37.1.** Hastalardan alınan numuneler en geç 30 dk. içinde laboratuvara ulaştırılmalıdır.

**GD.37.2.** Hastalardan alınan numuneler, numunenin cinsine uygun ekipmanla, numune taşıma personeli veya pnömatik sistem aracılığıyla laboratuvara ulaştırılmalıdır.

**GD.37.3.** Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) teslimi hastalar/yakınları tarafından yapılmamalıdır.

## AÇIKLAMA:

Gözlemci acil servis, yoğun bakım, servis, doğumhane vb. alanları ziyaret etmelidir. Bu alanlarda hem klinik personelinden numunelerin laboratuvara transferinin kim tarafından ve ne sıklıkla yapıldığı sorgulanmalı hem de ilgili birimde yatan bir hastanın geriye dönük tetkik sonuçları incelenmelidir. Verimlilik gözlemcileri randomize seçilen bir laboratuvar sonuç kağıdında numunenin alım saati ile kabul saatine bakarak numunenin laboratuvara ne kadar sürede ulaştığını kontrol etmelidir. Aynı zamanda numune kabul saati ile sonuç onay saatlerine bakarak, sonuç verme süresinin ilan edilen süre ile uyumunu kontrol etmelidir. Laboratuvar test sonuçlarında belirtilen tarih ve saat, kurum tarafından ilan edilen sonuç verme süresi ile uyumlu olmalıdır.

Hastalardan alınan numunelerin uygun taşıma kabında, en kısa zamanda, ilgili laboratuvara ulaşması ve numunenin işlem görene kadar zarar görmemesi için uygun şartlarda saklanması sağlanmalıdır.

Ziyaret edilen alanlarda numune taşımada görevli personel ile görüşülüp numune transfer süreci hakkında bilgi edinilmelidir. Hastalardan alınan numuneler kapalı kaplarda ve numunenin cinsine uygun taşıma çantalarında taşınmalıdır. Numuneler numune taşıma çantasına yerleştirilirken kapaklı numune kaplarının iyi kapatılıp kapatılmadığına dikkat edilmelidir. Numuneler devrilmeyecek şekilde yerleştirilmelidir. Tasnifi yapılan kan ve diğer numuneler taşıma sporlarına dizilmeli ve taşıma sporları taşıma çantası ile ya da pnömatik sistem ile laboratuvara ulaştırılmalıdır. Pnömatik sistemle numune taşıma yapılan sağlık tesisleri de dahil olmak üzere taşıma aparatlarının temizliği değerlendirilmelidir.

Bağlı birimlerden (Semt Plk. Ek Bina vb.) merkez laboratuvara transferi yapılan numunelere yönelik düzenleme yapılmalı ve yapılan düzenlemeye uyulmalıdır. İlçe hastanelerinden Merkez Laboratuvarına gönderilen numuneler yapılan düzenlemeye uygun olarak laboratuvara ulaştırılmalıdır.

Numune (patoloji, biyokimya, mikrobiyoloji vb) tesliminin hastalar/yakınları tarafından yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Gözlemci tarafından servis, doğumhane vb. alanlar ziyaret edilmeli, Acil servis yeşil alan hastalarına ait numunelerin ve idrar numunelerinin hastalar/yakınları tarafından teslim edilip edilmediği değerlendirilmelidir.

## KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

4. Laboratuvar Hizmetleri

a)Hastadan, laboratuvar tetkikini talep eden sağlık tesisinde numune alınması,

b) Numunenin, tetkiki gerçekleştirecek laboratuvara hasta veya yakınlarıyla gönderilmemesi,

4.1. Laboratuvar Hizmet Sunum Süreci

4.1.1. Kaliteli ve güvenilir bir laboratuvar hizmetinin gerçekleştirilebilmesi için laboratuvarlar preanalitik, analitik ve postanalitik süreçleri de kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu

süreçler; otomasyon programı kullanılarak, hekim tarafından yapılan istemlere ait, uygun koşullarda alınmış ve transferi gerçekleştirilmiş numunelerin, laboratuvara kabulünü, testlerin çalışmasını, sonuçların onaylanması ve raporlanmasını, laboratuvar analizlerinde görülebilecek aksaklıkların çözüm yollarının oluşturulmasını, aksaklık durumunda ilgili sağlık personeli ve hastaların bilgilendirilmesini kapsamalıdır.

**SORU: Bilgilendirilmiş onam formları her girişimsel işlem için ayrı olarak düzenlenmiş mi? (Görüntüleme, servis, yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane, endoskopi, anjiyografi vb. bölümlerde değerlendirilecektir.)**

**SIRA** : 136  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 38  
**BOYUTLAR** : HAH, YPYD

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.38.1.** Girişimsel işlemlerde, bilgilendirmeyi yapan ve işlemi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından onam formunda yer alan bilgiler hastaya veya kanuni temsilcisine aktarılmalıdır.

Onam formu asgari olarak aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Muhtemel komplikasyonları,
- Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
- Hastanın veya kanuni temsilcisinin adı, soyadı, kendi el yazısı ile yazılmış "okudum anladım" ifadesi ve imzası,
- Bilgilendirmeyi yapan ve girişimsel işlemi gerçekleştirenin adı, soyadı, ünvanı ve imzası,
- Onamın alındığı tarih ve saat.

**GD.38.2.** Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılmalıdır.

**GD.38.3.** Onam formu iki nüsha olarak imza altına alınmalı ve bir nüshası hasta dosyasına konulmalı, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilmelidir. Sağlık tesisinde kalan nüshasında, bir nüshanın hasta veya yakınına verildiğine dair imza olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Her girişimsel işlem için ayrı onam alınıp alınmadığı hasta dosyalarında incelenmeli, hastalardan alınan onamlarda hastanın "okudum, anladım" ifadesi ve imzası, bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren sağlık meslek mensubu adı, soyadı, ünvanı, tarih, saat ve imzası olup olmadığı, matbu form olarak kullanılan onamlarda (.....) şeklinde boş bırakılan alanların doldurulup doldurulmadığı değerlendirilmelidir.



Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmalıdır.

Acil durumlar dışında, bilgilendirmenin hastaya makul süre tanınarak yapılıp yapılmadığı hastaya sorularak değerlendirilir.

Formun iki nüsha olarak imza altına alınıp bir nüshasının hastaya veya kanuni temsilcisine verilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılmalıdır.

#### **KAYNAK:**

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013

TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

c) Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.

a) Radyoloji tetkiklerinden istenilen işlemin gerçekleştirilmesinde kliniklere göre öncelik sırası; acil servis, yoğun bakım, yatan hasta servisi, poliklinik şeklindedir. Kontrastlı madde ile yapılacak çekimler için, radyoloji uzmanı tarafından hasta bilgilendirilir, reçetesi düzenlenir. Girişimsel radyolojik işlem yapılacak hastalar uzman hekim tarafından bilgilendirilir ve onam formu imzalatılır.

2.HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420):

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;

Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Madde 4:

ğ) Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,

h) Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,”  
“Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15 – Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı nerileri,  
g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği,  
hususlarında bilgi verilir.”

Madde 18 – Bilgi, mümkün olduğunca sade Şekilde, tereddüt ve Şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği Şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda szli olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı Őikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.

Madde 20 – İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.

Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu Şart aranmaz.

Rıza Formu

Madde 26 – Mevzuatta ngrlen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tibben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; szli olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.

### **SORU: Bilgi Güvenliğine Yönelik alışmalar Planlanmış mı?**

**SIRA** : 137  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEğERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 39  
**BOYUTLAR** : TGY, YPYD, NE

**DEğERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.39.1.** Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.

**GD.39.2.** Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, hastaneye yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır.

**GD.39.3.** Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

**GD.39.4.** Hizmet alımı yapılan firma çalışanları ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet, Temizlik, Güvenlik, Karşılama ve Yönlendirme Hizmet alımları gibi) "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

**GD.39.5.** Bilgi Güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına Bilgi Güvenliği Yetkilisi tarafından eğitim verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır:

- Sunucular fiziksel olarak korunmuş sistem odalarında bulunmalıdır.
- Yükseltilmiş zemin üzerinde konumlandırılmalı ve tavan asma tavan olmalıdır.
- Yetkili olmayan kişilerin girişini engelleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- Su, yangın, elektrik kesintileri gibi acil durumlara yönelik önlemler alınmış olmalıdır.
- Klima yedeği ile bulunmalıdır.
- Sıcaklık ve nem kontrolleri Veri Merkezi Kullanılabilirlik TIER 1 Seviyesine göre: Sıcaklık; 18-22 °C, nem ise; %45- %70 aralığında olmalı ve ölçümler kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında mümkünse pencere olmamalı var ise pencere açılabilir nitelikte olmamalı ve film ile kaplı olmalıdır.
- Sunucu odalarında duman dedektörleri; Yükseltilmiş zeminin olduğu odalarda zeminin altına, alçaltılmış tavanın olduğu odalarda tavanın üstüne yerleştirmeli ve bunların kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında güvenlik kamerası bulunmalıdır.

Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapıp yapılmadığı ve uygulama ile örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmelidir. Hastaneye yeni gelen çalışana yetki tanımlaması yapıp yapılmadığı incelenmelidir. Hastaneden ayrılan bir personelin yetki tanımlaması ve sisteme giriş yapıp yapmadığı sorgulanmalıdır.

Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılma durumu değerlendirilmelidir.

Hizmet alımı yapılan firma çalışanları ile (HBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet, Temizlik, Güvenlik, Karşılama ve Yönlendirme Hizmet alımları gibi) "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılma durumu değerlendirilmelidir. Polikliniklerde çalışan veri hazırlama elemanlarından örneklem yapılarak gizlilik sözleşmesi sorgulanabilir. Sözleşmenin fotokopilerinin de görülmesi yeterlidir.

Bilgi güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına Bilgi Güvenliği Yetkilisi tarafından eğitim verildiğine dair kayıtlar incelenmelidir.

Sağlık Hizmetleri Sınıfı dışındaki meslek grubundakiler tarafından HBYS üzerinde hasta bilgilerinin görülmesi konusunda kısıtlama bulunmalıdır. Hastaya ait bu tip bilgiler HBYS' ye mutlaka Sağlık Hizmetleri Sınıfına dahil meslek gruplarında çalışanlar tarafından girilmelidir.

**KAYNAK:**

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi ve Kılavuzu-2014  
Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik-20 Ekim 2016 Sayı : 29863

**SORU: Sağlık tesisinde Diyabet okulu mevcut mu? (En az 3 iç hastalıkları uzmanı veya 1 endokrin hastalıkları ve metabolizma uzmanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilir.)**

**SIRA** : 138  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 40  
**BOYUTLAR** : ÇNE, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.40.1.** Diyabet okulu için 15-20 kişilik interaktif eğitime uygun bir eğitim odası/alanı kullanılmalıdır.

**GD.40.2.** Diyabet eğitim hemşiresi, diyetisyen ve ilgili diğer uzmanlar okul eğitimlerinde görev almalı, görev alan uzmanlar tarafından Eğitim programı (haftalık/aylık/yıllık) oluşturulmalı ve eğitimlerde Bakanlığımız tarafından hazırlanan diyabet eğitim setleri kullanılmalıdır.

**GD.40.3.** Diyabet okulu uygulama esaslarında belirtildiği şekilde eğitim modüllerini tamamlayan diyabetli bireylere diyabet okulu diploması verilmeli ve verilen diplomaya ait kayıtlar tutulmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde 3 iç hastalıkları uzmanı veya 1 endokrin hastalıkları ve metabolizma uzmanı bulunuyorsa Diyabet okulu kurulmalıdır. Diyabet okulunda eğitimlerin düzenlenmesi için eğitim oda/alanı oluşturulmalıdır.

Diyabet okulunda uygun personel görevlendirilmeli ve eğitim programına uygun eğitimlerin düzenlenip düzenlenmediği değerlendirilmelidir.

Diyabet okulunda diyabetli bireylere eğitimlerden sonra diyabet okulu diploması verilmelidir. Gözlemciler kayıtları değerlendirmelidir.

Fiziki şartları uygun olmayan sağlık tesisleri, diyabet okulu için ayrılan eğitim odası/alanını başka zamanlı eğitimlerde de kullanabilir.

**KAYNAK:**

TKHK- Müşterek Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı' nın "Diyabetli Bireylerin eğitimi konulu " 05.11.2015 tarih ve 320-E.632 sayılı genel yazısı.

**SORU: Hasta hakları uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 139  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 41  
**BOYUTLAR** : HAH, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.41.1.** Hasta hakları birimi poliklinik alanlarına yakın ve kolay ulaşılabilir bir alanda konumlandırılmalıdır.

**GD.41.2.** Hastanın hekim seçme hakkına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.

**GD.41.3.** Hasta ve hasta yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için ulaşılması kolay, uygun alanlar belirlenmelidir ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Hasta Hakları birimi kolay ulaşılabilir alanda olmalı, yönlendirme levhaları hasta ve yakınları tarafından görülebilecek şekilde düzenlenmelidir.

Sağlık tesisinde hekim seçme hakkına yönelik düzenlemeler değerlendirilmelidir. (Poliklinik giriş kapısında yer alan "hastanemizde hekim seçebilirsiniz" logosu gibi)

Hasta ve yakınlarına dini vecibelerini yerine getirebilmeleri için kolaylık sağlanmalı ve gerekli düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir. (Mescid vb.)

**KAYNAK:**

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ- 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma:

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir.

İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır.

Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

TKHK -04.01.2016 tarih ve 43 no'lu İbadethaneler hakkında genel yazı.

**SORU: Sağlık tesisinde engellilere yönelik düzenlemeler mevcut mu?**

**SIRA** : 140  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 42  
**BOYUTLAR** : HAH, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.42.1.** Sağlık Tesisinin ‘Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu’na göre son 6 ayda yaptığı düzenlemeler kuruma bildirilen verilerle uyumlu olmalı ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmış olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Genel Sekreterlik ekipleri tarafından sağlık tesislerinde yapılan son 6 aya ait "Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formları" incelenmeli, formlardaki verilerle sağlık tesisinde yapılan gözlemlerin uyumlu olup olmadığı ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

**SORU: Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde hastane yönetimi tarafından gerekli destek sağlanıyor mu?**

**SIRA** : 141  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 43  
**BOYUTLAR** : ÇNE, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.43.1.** Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde yapılması gereken süreçler hakkında ilgili çalışanlara eğitimler verilmeli ve eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

**GD.43.2.** Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesini sağlamaktan sorumlu bir ekip kurulmalıdır. Şiddete maruz kalma durumunda olay ile ilgili gerekli kayıtlar düzenlenmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Gözlemciler tarafından değerlendirme sırasında çalışan personel ile konuyla ilgili eğitimlerin verilip verilmediği görüşülür ve eğitim kayıtları incelenir.

Olay bildirim kayıtları incelenmelidir.

**KAYNAK:**

Çalışan Güvenliği Genelgesi(14.05.2012:Güncelleme tarihi 30.09.2015)

**SORU: Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisi verileri Bakanlığımıza bildirilen veriler ile uyumlu mu?**

**SIRA** : 142  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 44  
**BOYUTLAR** : YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.44.1.** Yoğun bakım yatak sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.

**GD.44.2.** Ameliyat masa sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.

**GD.44.3.** Diş üniteleri sayısı Kuruma bildirilen sayı ile uyumlu olmalıdır.

**GD.44.4.** Yerinde değerlendirme döneminde kurum tarafından belirlenecek Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisinin diğer verileri Bakanlığımıza bildirilen veriler ile uyumlu olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Hastanede mevcut yoğun bakım yatak sayısı ile bilgi notunda belirtilen sayılar karşılaştırılarak uyumu değerlendirilir.

Hastanede mevcut ameliyat masa sayısı ile bilgi notunda belirtilen sayılar karşılaştırılarak uyumu değerlendirilir.

Hastanede mevcut diş üniteleri sayısı ile bilgi notunda belirtilen sayılar karşılaştırılarak uyumu değerlendirilir.

Yerinde değerlendirme döneminde kurum tarafından belirlenecek Verimlilik karne hesaplamasında kullanılan sağlık tesisinin diğer verilerinin Bakanlığımıza bildirilen verileri ile uyumu değerlendirilecektir.

**SORU: Sağlık tesislerinin yoğun bakımlarında yatan hastaların, yoğun bakım seviyelerine göre uygun endikasyon da hasta yatışının değerlendirilmesi Genel Sekreterlik tarafından kurulan ekipler tarafından yapılıyor mu?**

**SIRA** : 143  
**BÖLÜM ADI** : GENEL DEĞERLENDİRME  
**BÖLÜM SIRA NO** : 45  
**BOYUTLAR** : YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**GD.45.1.** Genel sekreterliklerce kurulan ekipler tarafından bağlı sağlık tesislerinin yoğun bakımlarında uygun endikasyon da hasta yatışının değerlendirilmesi yapılmalıdır.

**GD.45.2.** Değerlendirme sonrası oluşturulan rapor TKHK Özellikli Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'na gönderilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Genel sekreterliklerce kurulan ekipler tarafından bağlı sağlık tesislerinin yoğun bakımlarında uygun endikasyon da hasta yatışının yapılp yapılmadığı değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonuçları TKHK Özellikli Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı' na gönderilmelidir.

**KAYNAK:**

TKHK Özellikli Sağlık Hizmetleri ve Proje Daire Başkanlığı 14.02.2016 E-449-739 sayılı yazısı



# TEKNİK HİZMETLER

**Soru : HEPA Filtreli havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılıyor mu?**

**SIRA : 144**

**BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER**

**BÖLÜM SIRA NO : 1**

**BOYUTLAR : YPYD, EKÖ, THY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**TH.1.1** Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak en az yılda bir kez yapılmalı ve gerekli görüldüğü takdirde filtreler değiştirilmelidir.

**TH.1.2** Havalandırma sisteminin performans testleri (sızdırmazlık testi, hava debisi ve hava hızı ölçümü, partikül ölçümü, hava akış yönleri tespiti vb.) yapılmalı ve uygunsuzluk durumunda gerekli düzenlemeler başlatılmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesislerinin ameliyathane, yoğun bakım ve sterilizasyon alanlarında hepa filtreli havalandırma sistemleri kullanılıyor ise, periyodik bakımları yapılmalı ve gerekli görüldüğü takdirde hepa filtreler değiştirilmelidir. Havalandırma sisteminin sızdırmazlık, hava debisi, hava hızı, hava akış yönü, partikül ölçümü vb. performans testleri akreditasyon belgeli yetkili firmalar tarafından yapılmış olmalıdır. Hepa filtreli havalandırma sistemi bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**Soru : Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli yapıyor mu?**

**SIRA : 145**

**BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER**

**BÖLÜM SIRA NO : 2**

**BOYUTLAR : TGY, YPYD, THY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**TH.2.1** Bağlı bulunulan enerji dağıtım şirketinden alınmış kabul belgesi olmalıdır.

**TH.2.2** Bakım-onarım sözleşmelerinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan jeneratörlerin ilgili yönetmeliğe göre; bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici ya da kesin kabul belgesi olmalıdır. Geçici kabul komisyonunca belirlenmiş eksik, noksan, hata vb. işlemler tamamlanmalıdır. Jeneratörlerin, günlük kontrolleri ile bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde bakımları yapılmalı ve düzenlenen formlar dosyalanmalıdır. Sağlık tesisinin kendi teknisyenleri tarafından yapılan rutin kontrol, bakım ve onarımlar için sözleşme aranmadan, yapılmış kontrol ve bakımlara ait formlar incelenir.

**KAYNAK :**

**02.09.1988 tarih ve 19917 sayılı Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği**

**30.12.2014 tarih ve 29221 sayılı Elektrik Tesisleri Proje Yönetmeliği**

**06.11.2015 tarihli ve 29524 sayılı Elektrik Üretim Tesisleri Kabul Yönetmeliği**

**Soru : İklimlendirme ve klima sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?**

**SIRA : 146**

**BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER**

**BÖLÜM SIRA NO : 3**

**BOYUTLAR : TGY, YPYD, THY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**TH.3.1** Bakım-onarım sözleşmelerinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

İklimlendirme sistemlerinin fonksiyonu, kuruldukları ortamdaki havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olmasını sağlamalıdır. İklimlendirme ve klima sistemlerine; ilgili bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır. Sağlık tesisinin kendi teknisyenleri tarafından yapılan rutin kontrol, bakım ve onarımlar için sözleşme aranmadan, yapılmış bakım ve onarımlara ait formlar incelenir.

**KAYNAK :**

**05.12.2008 tarih ve 27075 sayılı Binalarda Enerji Performansı Yönetmeliği**

**27.10.2011 tarih ve 28097 sayılı Enerji Kaynaklarının ve Enerjinin Kullanımında Verimliliğin Artırılmasına Dair Yönetmelik**

**Soru** : Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik, gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?

**SIRA** : 147

**BÖLÜM ADI** : TEKNİK HİZMETLER

**BÖLÜM SIRA NO** : 4

**BOYUTLAR** : TGY, YPYD, THY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**TH.4.1** Yeni veya mevcut asansörlerin, belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresi tarafından onaylanmış tescil belgesi olmalıdır.

**TH.4.2** Her yıl A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılan yıllık periyodik kontrol sonucu düzenlenmiş uygunluk belgesi olmalıdır.

**TH.4.3** Uygunluk belgesinde belirtilen etiketler, kabin içerisinde rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.

**TH.4.4** Bakım-onarım sözleşmelerinde belirtilen dönemlerde, bakımlar yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Yeni asansörler piyasaya arz edildiği tarih itibarıyla otuz gün içerisinde monte eden firma tarafından, bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idareye (belediye – il özel idaresi) tescil ettirilir. Tescilden önce asansörün, ilk periyodik kontrolünün yapılmış ve yeşil bilgi etiketinin yapıştırılmış olması gerekmektedir. Uygun görülen tescil başvurusu neticesinde, onaylı tescil belgesi ilgili idare tarafından düzenlenir ve asansör monte edene sunulur. Mevcut asansörler ise; A tipi muayene kuruluşu tarafından tespiti yapıp güvenlik seviyesi artırıldıktan sonra, bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idare tarafından tescil edilir. Sağlık tesisi yönetimi, mevcut asansörün güvenlik seviyesinin TS EN 81-80 standardına göre artırıldığını ispatlayan ve yeşil etiket almış periyodik kontrol raporuyla, ilgili idareye 30 gün içerisinde başvurur. Mevcut asansörün tescil belgesi, ilgili idare tarafından düzenlenir ve bina sorumlusuna sunulur. Mevcut asansörlerin uygunluk kontrolü, yılda en az bir kez Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin protokol imzaladığı akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılmış olmalıdır. Bu kontrol sonucu verilen; yeşil (kusursuz), mavi (hafif kusurlu), sarı (kusurlu) ve kırmızı (güvensiz) renkli etiketler asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır. Kırmızı renkli bilgi etiketi iliştilen asansörün kullanımına izin verilmez ve bu asansörün en fazla otuz gün içerisinde güvenli hale getirilmesi, sarı renkli bilgi etiketi iliştilmiş olan asansördeki uygunsuzlukların ise en fazla altmış gün içerisinde giderilmesi sağlık tesisi yönetimi tarafından sağlanır. Bu sürelerin, A tipi muayene kuruluşu tarafından takip kontrolü yapılır. Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörler, ilgili idare tarafından mühürlenerek hizmetten men edilir. Mavi renkli bilgi etiketi iliştilmiş olan asansörlerde belirlenen uygunsuzlukların ise, bir

sonraki periyodik kontrole kadar giderilmesi sağlık tesisi yonnetimi tarafından sağlanmalıdır. Asansörlere bakım- onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından periyodik bakımları yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır. Sağlık tesisinin kendi teknisyenleri tarafından yapılan rutin kontrol, bakım ve onarımlar için sözleşme aranmadan, yapılmış bakım ve onarımlara ait formlar incelenir. Asansörü bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**KAYNAK :**

**24.06.2015 tarih ve 29396 sayılı Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği**

**27.01.2016 tarih ve 29606 sayılı Asansör Piyasa Gözetimi ve Denetimi Yönetmeliği**

**Soru : Enerji tüketim takip modülüne, veri girişleri doğru ve düzenli olarak yapılıyor mu?**

**SIRA : 148**

**BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER**

**BÖLÜM SIRA NO : 5**

**BOYUTLAR : YPYD**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**TH.5.1** Enerji tüketim takip modülünde, veri giriş yetkilisi iletişim bilgileri güncel olmalıdır.

**TH.5.2** Elektrik faturalarının veri girişleri, enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

**TH.5.3** Su faturalarının veri girişleri, enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

**TH.5.4** Yakıt faturalarının veri girişleri, enerji tüketim takip modülüne düzenli olarak yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesislerimizde kullanılan elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi, verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, gerekli önlemlerin alınması ve yakıt dönüşüm finansman çalışmalarının etkin yapılabilmesi için fatura girişlerinin ilk ve son endeks dönemlerine göre; MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülüne eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerekmektedir. Sağlık tesislerinde sisteme fatura girişi yapacak kişinin belirlenmiş ve sistemdeki iletişim bilgilerinin güncel olması gerekmektedir. MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülü/İletişim Bilgileri sekmesindeki bilgilerin güncelliği ve sorgulama neticesinde fatura kayıt bilgilerinin düzenli olarak girişlerinin yapıp yapılmadığı kontrol edilir.

**KAYNAK :**

**01.08.2013 tarih ve 5454.3278 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı**

İlgi (a) ve (b) yazılarımızda Sağlık tesislerinin, elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi ve verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, elektrik ve su konusunda iller arasında oluşabilecek fiyat farklılıklarının tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasının sağlanması, yakıt dönüşümünün finansman çalışmalarını etkin yapılabilmesi için TKHK'nın web uygulamaları içerisinde yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi içerisindeki Enerji Tüketim Takip Modülü'ne veri girişlerinin eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerektiği belirtilmektedir.

**29.04.2014 tarih ve 20145514.143/840 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı**

Sağlık kuruluşlarının elektrik, doğalgaz ve su giderleri Verimlilik Karnesi İdari Kriterler Grubunda yer alan İ-12 ve İ-AD-08 kodlu "Enerji Sarfıyatı" gösterge puanlarına göre de analiz edilmektedir. Bu bağlamda elektrik, doğalgaz ve su gider analizlerinin sağlıklı yapılabilmesi için Kurumumuz web uygulamalarında yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi "MKYS" içerisindeki Enerji Takip Modülü'ne sağlık kuruluşlarımız tarafından veri girişlerinin zamanında ve doğru yapılması önem arz etmektedir.

Enerji Tüketim Takip Modülüne veri girişi ve modülün işletilmesi ile ilgili iş ve işlemler için Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Tıbbi Cihaz ve Yatırım Planlama Daire Başkanlığı ile iletişime geçilmesi, söz konusu modüle zamanında, doğru ve güvenilir bir şekilde veri girişlerinin yapılması için Genel Sekreterliğinize bağlı sağlık kuruluşlarının bilgilendirilmesi ve takibinin tarafınızca titizlikle yürütülmesi hususunda;

**Soru : Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?**

**SIRA : 149**

**BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER**

**BÖLÜM SIRA NO : 6**

**BOYUTLAR : TGY, YPYD, THY, HGY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**TH.6.1** Ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin; bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesislerinde bulunan ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, görüntüleme merkezleri gibi hizmet alanlarında bulunan yaşam destek cihazları ile görüntüleme cihazları elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı korunmalıdır. Bu koruma için kullanılacak olan kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır. UPS odaları aşırı sıcak ise, akülerin uzun ömürlü olması, verimli çalışması ve patlamaması açısından gerekli soğutma işlemleri

(klima vb.) yapılmalıdır. Sağlık tesisinin kendi teknisyenleri tarafından yapılan rutin kontrol, bakım ve onarımlar için sözleşme aranmadan, yapılmış bakım ve onarımlara ait formlar incelenir.

**Soru** : Merkezi gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

**SIRA** : 150

**BÖLÜM ADI** : TEKNİK HİZMETLER

**BÖLÜM SIRA NO** : 7

**BOYUTLAR** : THY, YPYD, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**TH.7.1** Medikal gazların, basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.

**TH.7.2** Olumsuz durumlarda, işitsel ve görsel uyarı veren alarm sistemleri bulunmalıdır.

**TH.7.3** Merkez ve kat kontrol panolarının; bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Medikal gaz sistemlerinin, sağlık hizmet sunumunu aksatmayacak şekilde bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır. Olumsuz durumlarda, uyarı veren alarm sistemlerinin aktif olarak çalışması gerekmektedir. Sağlık tesisinin kendisi tarafından yapılan bakım ve onarımlar için sözleşme aranmadan, yapılmış bakım ve onarımlara ait formlar incelenir. Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

# ECZACILIK HİZMETLERİ



**SORU: Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?**

**SIRA** : 151  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.1.1.** Hastane eczanesinde aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan kurumlarda eczacılar nöbet tutmalıdır.

**KAYNAK:**

13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

MADDE 45 : Eczacı nöbetleri: Baş eczacı dâhil bilfiil eczanede görevli dört eczacı bulunan kurumlarda eczacı nöbeti tutturulur. Beş ve daha fazla eczacı bulunan kurumlarda baş eczacı nöbete girmez. Kurumun iş hacmine, acil vak'a durumuna ve eczacı adedine göre kaç eczacının nöbete kalacağına baştabip karar verir.

MADDE 38 (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.) : Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

**SORU: Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?**

**SIRA** : 152  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.2.1.** Tabletlerde doz ayarlamasının yapılması veya yutulamayan tabletlerin toz haline getirilmesi için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet kesme ve ezme aparatları kullanılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Doz ayarlamasının tam yapılması amacıyla (yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletler için tablet kesme aparatı bulunması gerekmektedir. Yarım kalan tabletler saklama koşullarına uygun olarak saklanmalı, bölündükten sonra stabilite sorunu olan (neme duyarlılık vb.) tabletlerin imhası uygun şekilde yapılmalıdır.

Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı bulunması gerekmektedir.

Eczacılar tarafından hastanede bulunan katı oral dozaj formları hakkında kırılabilirlik ve ezilebilirlik sınıflandırması yapılmalı, kırılmayan ve/veya ezilemeyen oral dozaj formları hakkında servisler bilgilendirilmeli, kırılma veya ezilme sonrasında yarım kalan dozu saklanamayacak olan ilaçlar için gerekli uyarı yapılmalıdır.

Hastanede bulunan katı oral dozaj formları için hazırlanan kırılabilir ve ezilebilir ilaç listeleri kontrol edilir. Kırılabilme ve ezilebilme konusunda hata yapılan, hatalı uygulama yapılma ihtimali yüksek olan, hatalı uygulama yapıldığında hasta sağlığında ciddi tehlikelere neden olabilen katı oral dozaj formları için hazırlanan kırılmayan ve/veya ezilemeyen ilaç listeleri kontrol edilir. İlgili listelerin güncelliği sağlık tesisinde kullanılan ilaçlar ile karşılaştırma yapılması suretiyle kontrol edilir.

#### **KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

**SORU: Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?**

**SIRA** : 153  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD, HAH, EHY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.3.1.** Yatan hastalara eczacı tarafından, ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde, özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Yatan hastalarda ilk kez kullanılması ve gerekmesi halinde hasta uyuncunun artırılması ve istenilen tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla özel kullanımı olan uygulama aparatları hakkında eczacı tarafından mesai saatleri içerisinde bilgi verilmelidir.

Yatan hastalarda hastanın tedaviye olan uyuncunun artırılması ve istenilen tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla özel kullanımı olan uygulama aparatları hakkında, ilk kez kullanılacağı zaman ve tekrardan gerekmesi halinde, eczacı tarafından eğitim verilmelidir. Verilen eğitimde hastanın anlamasının kolaylaştırılması amacıyla görsel öğeler kullanılmalıdır. Hasta bilgilendirildikten sonra verilen bilginin hastanın yeterli düzeyde anlaşılıp anlaşılmadığı geri bildirim yoluyla teyit edilmelidir.

Verilen eğitimlerin kayıtları tutulmalıdır. Kayıtlarda eğitimi veren eczacının adı, hasta adı soyadı, hastanın protokol numarası, tarih, eğitim verilen konu vb bilgiler yer almalıdır. Kayıtlar ve görsel öğeler kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

Madde 13 – Servis hizmetleri uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikoloğ gibi branşla ilgili diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmeyi amaçlar. Bu ekibe kimlerin dahil edileceği dalın özelliğine göre ilgili şef veya uzmanın teklifi, baştabibin tasvibiyle saptanır.

**SORU: Soğuk zincire tabi olan ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun olarak yapılıyor mu? (Soğuk zincir ilacı bulunmayan sağlık tesisleri muaf tutulmalıdır.)**

**SIRA** : 154  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.4.1.** Soğuk zincire tabi ilaçların listesi çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

**EH.4.2.** Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.

**EH.4.3.** Soğuk zincire tabi ilaçlar; hastane eczanesinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.

**EH.4.4.** Soğuk zincire tabi ilaçlar; sağlık tesisi içinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda transfer edilmelidir. Soğuk zincire tabi ilaçlar transferi sırasında uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler kullanılmalıdır.

**EH.4.5.** Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.

**EH.4.6.** Stok fazlası ve ihtiyaç fazlası olarak başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerle yapılmalıdır.

**EH.4.7.** Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaç gönderimi kargo firması ile yapılıyorsa soğuk zincirin kırılması durumunda, kargo firmasına rücu edilecek şekilde kargo ile anlaşma yapılmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşlemlerin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisinde bulunan soğuk zincire tabi ilaçların listelerine bakılmalıdır. Listelerin güncelliği kontrol edilir. Bu listedeki soğuk zincire tabi ilaçlardan 3 tanesi örneklem usulü ile seçilir. Mevcut depolama alanlarındaki durumu incelenerek muhafazasının uygunluğu kontrol edilir.

Eczanede soğuk zincire tabi ilaçların muhafaza edildiği dolapların sıcaklığının; gerçek zamanlı olarak uyarı veren (görsel, işitsel, mesaj, mail vb.) ve USB bağlantısı ile veri aktarımı sağlanabilen dijital derecelerle takip edilip edilmediği sorgulanır.

Tedarikçi firma tarafından; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi olan ilaçların sevkiyatı sırasında, mal kabulünde ve medikal depo personeli teslim alıncaya kadar olan süreçte soğuk zincirin bozulup bozulmadığını gösteren indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerin kullanıldığı kontrol edilmeli, söz konusu süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını gösteren belgeler incelenmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar bulunmuyor ise bu sorudan **MUAF** tutulacaktır.

Uyarı veren dijital dereceler gibi teknolojiler ile belirli periyotlarla alınan ve depo sorumlusu tarafından arşivlenen raporlar istenip, incelenmelidir.

Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaçların gönderimi veya başka sağlık tesisinden soğuk zincire tabi ilaçların alımı soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerle yapılmalıdır. Bu ilaç gönderimi veya alımı esnasında kargo firmasından kaynaklanan sebeplerden dolayı soğuk zincirde kırılma gerçekleşirse; zararın kargo firması ile karşılanması için gerekli anlaşmaların varlığı sorgulanmalıdır.

## **KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.

e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Eczane Deposunda Bulundurulmuş Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999 )

7- Eczane deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu

ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalajlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır. Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalajında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır. 24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

**SORU: TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimata uygun yapılıyor mu?**

**SIRA** : 155  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.5.1.** Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların listesi hazırlanmalı ve kullanımda olmalıdır. Hastane eczanesinde hatayı önlemek amacıyla farklı raflarda muhafaza edilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa Ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

Yazılışı, okunuşu ve görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar için listeler oluşturulmalı, çalışma alanlarında ve depolarda bulundurulmalıdır. Listelerin güncelliği kontrol edilmelidir.

İlaç depolanmasında raf yerleşimi yazılışı, okunuşu ve görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar yan yana, alt alta ve yakın yerleşimde olmayacak şekilde düzenlenmelidir.

#### **KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

**SORU: Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi malzemelerle ilgili; tüm sağlık personeline eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte veya aynı birlikteki diğer bir sağlık tesisinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)**

**SIRA** : 156  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, ÇNE

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.6.1.** İlaç ve tıbbi sarf malzemelerle ilgili sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Asgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir;

- \*Akılcı ilaç kullanımı,
- \*İlaçların stabilitesi
- \*İlaç geçimsizliği
- \*İlaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi
- \*Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar
- \*İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimini
- \*Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar,
- \*Pediatriye güvenli ilaç uygulamaları,
- \*Geriatride güvenli ilaç uygulamaları,
- \*Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimini
- \*İlaç hazırlama teknikleri
- \*Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.)
- \*Nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri
- \*İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları
- \*Akılcı antibiyotik kullanımı

**EH.6.2.** Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç- tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.

**EH.6.3.** Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından verilen eğitim için eğitim dokümanları, eğitim kayıtları ve yıllık eğitim programı incelenmelidir.

Pediatride güvenli ilaç uygulamaları, geriatride güvenli ilaç uygulamaları, nütisyonel destek tedavisi ve nütisyonel destek ürünleri konularında eğitimler hastane özelliklerine istinaden kontrol edilir.

Servis eczanelerinde, depolarda, ilaç hazırlama ve satın alma süreçlerinde görevli eczacı dışındaki personele verilen eğitim için eğitim dokümanları ve eğitim kayıtları incelenmelidir. Eczanede hasta bazlı ilaç hazırlamada görevli personelin eğitim durumu en az lise mezunu tercihen eczane teknisyenliği sertifikalı olmalıdır.

#### **KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

İlaçlar ve Eczacı Deposunda Bulundurulmuş Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZACI DEPOLARI VE ECZACI DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

Personel: 2- Eczacı depolarında çalışacak yardımcı personel, kendilerine verilen görevle bağdaşan bir eğitim almış olmalıdır. Ayrıca görevi süresince ilaç, depolama, saklama ve dağıtım konularında eğitime tabi tutulmalı ve eğitim uygun aralıklarla tekrarlanmalıdır. Bu eğitimler, eczacı depoları ile ilgili meslek kuruluşlarınca verilmeli, kayıtları tutulmalı ve teftişe açık olarak saklanmalıdır.

**SORU: İlaçlarda advers etki bildirimini ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 157  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.7.1.** Sağlık tesisindeki ilaç güvenliğinin sağlanması için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Farmakovijilans sorumlusu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır

#### **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisindeki farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir ve ilgili kişiye görevlendirmesi tebliğ edilmiş olmalıdır. Farmakovijilans sorumlusu TİTCK'ya bildirilmeli ve ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Sağlık tesisinde ilaç kullanımı ve uygulamalarından görevli sağlık personeli farmakovijilans sorumlusunu bilmelidir.

Advers etki bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılmalıdır. TİTCK'ya advers etki bildirimlerinin Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

**KAYNAK:**

**BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :**

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;

**MADDE 9:** Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.

**MADDE 13:** Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

**SORU: İlaç yönetimi için oluşturulmuş ikazlar HBYS firması tarafından sisteme entegre edilmiş mi?**

**SIRA** : 158  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.8.1.** İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve HBYS"ye entegre edilmelidir.

**EH.8.2.** Albümin kullanım ikazları HBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.

**EH.8.3.** Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci HBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve HBYS'ye entegre edilmelidir.)

**EH.8.4.** Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nutrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir.

**EH.8.5.** Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS 'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.



**EH.8.6.** Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar HBYS eczane modülünde görülmelidir

**EH.8.7.** Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve HBYS' ye entegre edilmelidir.

**EH.8.8.** Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri için HBYS uyarı vermelidir.

**EH.8.9.** HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri tablosu hazırlanmış olmalı ve çalışma alanlarında bulunmalıdır. Hekim order düzenleme ve hemşire ilaç uygulama ekranlarında HBYS'ye entegre edilmiş olan tablolar ışığında order içeriğine göre etkileşim uyarısı bulunmalıdır.

Albümin kullanımına ilişkin algoritma düzenlenmiş olmalı ve HBYS'ye entegre edilmelidir. Hekim order düzenleme ekranında hekim tarafından albümin kullanımı öngörüldüğünde ilgili algoritma doğrultusunda kullanım sağlanmalı, gereği halinde laboratuvar parametrelerine eczacının ulaşımı sağlanmalıdır.

EHU onaylı antibiyotikler listelenmeli ve HBYS'ye entegre edilmelidir. İlgili listede yer alan ilaçlar ile ilgili uyarı ilacı yazan hekim order ekranına geldiğinde, EHU onayı veren hekim ekranına yansıtılmalı, EHU onayı veren hekim HBYS'de onay verildikten sonra eczacı order karşılama ekranına düşmelidir.

Klinik Nutrisyon Komitesi tarafından nutrisyon destek tedavisinin optimal şekilde uygulanabilmesi için algoritma oluşturulmalıdır. Algoritmada şu basamaklar yer almalıdır: Hastanın hastaneye başvurduğu andan itibaren ( poliklinik, acil servis, evde bakım hizmetleri ve yatan hasta) malnutrisyon riskinin belirlenmesi için tarama testi (Erişkin hastalar için NRS 2002, Geriatrik hastalar için MNA; Pediatrik hastalar için Gomez veya Waterlow tarama testleri) ve nutrisyon destek tedavisine ihtiyacı olduğu saptanan hastalar için uygun kalori hesaplama formülleri (Harris-Benedict, Schofield vb. formüller) HBYS'ye entegre edilmiş olmalı, ilgili hekim veya diyetisyen tarafından gerekli nutrisyonel değerlendirmenin yapılması sağlanmalıdır. Hastanede yatış süresi boyunca özellikle cerrahi, onkoloji, nöroloji ve yoğun bakım hastalarında iyatrojenik malnutrisyon ihtimaline karşın ve hastaların değişebilen kalori ve protein gereksinimleri nedeniyle haftada bir kez HBYS tarama testi tekrarı konusunda hekim order ekranında uyarı mesajı oluşmalıdır. Kalori ve protein ihtiyacının belirlenmesinden sonra uygulama yolu ve kullanılacak solüsyon ile farmakonütrientlerin seçimi hakkında HBYS'de yönlendirme yer almalıdır. İhtiyaç duyulduğu taktirde (klinik nutrisyon komitesinden (nutrisyon destek ekibinden) konsültasyon istenebilmelidir.

Gebelikte ve emzirme-süt vermede kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp HBYS'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.

Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar serviste ilgili personel tarafından sisteme girilmeli, eczacının ilaç etkileşimlerini kontrol edebilmesi için HBYS eczane modülünde görülmelidir.

Dar terapötik aralıklı ilaçların kan konsantrasyonlarının izlenmesi ve yorumlanması ile optimum etkinlik ve minimum toksisiteyi sağlamak amacıyla Sağlık tesisinde kullanılan dar terapötik aralıklı ilaçlar belirlenip, dar terapötik aralıklı ilaç listesi yapılmalıdır. Liste HBYS entegre edilmelidir. İlaç kan konsantrasyonlarının takip edilebilmesi için laboratuvar bulgularının HBYS ekranının eczane modülünde görülmesi gerekmektedir.

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin mialları HBYS'ye doğru girilmeli ve kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için HBYS eczane modülünde uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için HBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

Bu işleyişlerin uygun şekilde yapılıp, yapılmadığı kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 6 (c) : İlacın farmakolojik etkisinin devamlılığı ile emniyeti, etkinliği ve maliyeti bakımından gözetimini sağlar.

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

26.08.2016 Tarih ve 80981279-809.99-E.99-804 Sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Yazı

**SORU: Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri ile bilgilendirme yapılıyor mu?**

**SIRA** : 159  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, HED

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.9.1.** Hasta bekleme salonlarında ilaç kullanımları hakkında eczacı tarafından hazırlanan / onaylanan görsel, işitsel ve el broşürleri bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Özel kullanım gerektiren ilaçların, kendi kullanım alanı olan polikliniklerde ve bekleme salonlarında yanlış kullanımdan doğan sonuçları en aza indirmek için bilgilendirme materyalleri hazırlanmalıdır. Hastane giriş ve çıkışlarında, poliklinik bekleme alanlarında eczacılar tarafından hazırlanan veya onaylanan bilgilendirme broşürleri ve ekranlardan geçen bilgilendirme görüntüleri aranmalıdır.

Sağlık Tesisinde eczacının bulunmadığı durumlarda Genel Sekreterlikte çalışan eczacı tarafından hazırlanan veya onaylanan bilgilendirme materyallerinin sağlık tesislerine dağıtılmış olması gerekmektedir.

**KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:

Eczacının görev ve yetkileri;

MADDE 6 (d) : İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildirimine yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.

MADDE 7 (a) : Hastanın ilaçlarını, ilaç uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.

**SORU: Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?**

**SIRA** : 160  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.10.1.** Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmelidir. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçi Kısmi Doz İlaç Bildirim Formları hastane eczanesinde toplanmalıdır.

**EH.10.2.** Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Onkoloji Hastaneleri ve belirtilen branşlarda hizmet veren ek binalarda değerlendirilir.)

**AÇIKLAMA:**

Kısmi doza konu olan ilaçlar yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır. Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmelidir. Sağlık tesisindeki kullanımları ilgili talimata uygun olarak Sağlık Tesisi İçi Kısmi Doz İlaç Bildirim Formları kullanılarak eczaneye bildirilmelidir.

Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

1.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

Eczacının görev ve yetkileri;

MADDE 6 (d) : İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildirimini yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.

MADDE 7 (a) : Hastanın ilaçlarını, ilaç uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.

2.SAĞLIK BAKANLIĞI STRATEJİK PLAN 2013-2017

Stratejik Amaç 2 : Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak

3.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

4.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

5.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımını, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

**SORU: İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?**

**SIRA** : 161  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.11.1.** Eczacı tarafından Özellikli birimlerde (Acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere Geçimsiz ilaç listesi hazırlanmalıdır.

**EH.11.2.** İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.

**AÇIKLAMA:**

İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmalıdır.

Eczacı tarafından hazırlanan ilaç geçimsizlik listesi ilgili birim ve servislerde bulundurulup bulundurulmadığı ve ilaçlar hazırlanırken ilgili talimata uyuluyor mu kontrol edilmelidir.

İlaç geçimsizlikleri ile ilgili yatan hasta servislerinde, acil servislerde, yoğun bakımlarda çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanların bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

**KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

**SORU: TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapılmakta mı?**

**SIRA** : 162  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, EKÖ

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.12.1.** TPN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

**EH.12.2.** Enteral ve parenteral beslenme ürün listesi hazırlanmalıdır.

**EH.12.3.** TPN Dolum ünitesi (compounder) hazırlama bölümü özellikleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

**EH.12.4.** TPN Solüsyonu istemlerin kabulü, hazırlama bölümünde dolunun yapılması ve teslimatı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

**EH.12.5.** TPN Ünitesi mikrobiyolojik kontrolleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

**EH.12.6.** TPN hazırlama sürecinde stabilite ve geçimlilik TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

**EH.12.7.** TPN solüsyonların servis/ünitede saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

**EH.12.8.** TPN Solüsyonu ile ilaç etkileşimleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

**EH.12.9.** TPN'de kullanılan tıbbi malzemeler TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

**EH.12.10.** Hazırlama bölümünün temizliği temiz oda dolum öncesi dezenfeksiyonu ve temiz oda haftalık dezenfeksiyonu TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

**EH.12.11.** Hazırlama bölümünde görevlendiren personel TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

İşlemlerin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Deneyimli eczacılar tarafından dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden; ayrıca solüsyonla eş zamanlı kullanılacak ilaçlarla etkileşimi ve stabilite açısından değerlendirilmelidir.

Dolum ünitesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimatı" nda yer alan standartları sağlamalıdır.

#### **KAYNAK:**

SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
TOTAL PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALAR REHBERİ  
(2010/44)

“Ayrıca, söz konusu rehber hakkında tüm klinisyenlerin bilgilendirilmesi, rehbere uygun çalışmalarının sağlanması, merkezlerin büyüklük hasta profili ve yapısına göre nütrisyon ekiplerinin kurulması gerekmektedir. PN solüsyonlarını ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli eczacıları nütrisyon destek ekiplerine dahil etmeleri önemlidir. Dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmeli ve bir sağlık teknisyeni tarafından eczacı gözetiminde hazırlanmalıdır. TPN hazırlama ekibine konuya ilişkin eğitim verilmeli ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır. Ayrıca bu ekip, klinikte TPN uygulayan ekibe eğitim vermelidir.”

Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi 2010 (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

“PN torbalarını, dolum ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli klinik

eczacıları nütresyon destek ekiplerine dahil etmeleri ve tüm dolum işlemleri için özel dizayn edilmiş, laminar hava akımlı temiz odalar oluşturması gerekir. Dolum ünitelerinde hazırlanan tüm torbalar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri (majistral ilaç uygulamaları kapsamına girdiği için) yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmelidir.”

## PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALARA YÖNELİK ÖNERİLER

### BİRİNCİ BÖLÜM: DOLUM ÜNİTELERİ

#### 1. Hazırlama Bölümünün Özellikleri:

1.1. Kontaminasyonu önlemek için PN solüsyonları, EudraLex Volum-4/Annex-1 (Avrupa Birliği Steril Tıbbi Ürünlerin üretim Kuralları) ve ISO 14644-1 de yer aldığı şekilde, havasındaki partikül konsantrasyonu kontrol edilebilen, partiküllerin oda içine girişi ve odada bulunmasını minimale indirecek şekilde yapılmış; ayrıca gereğinde nem, ısı, basınç gibi diğer parametrelerin de ayarlanabildiği temiz odalarda hazırlanmalıdır.

1.2. PN hazırlama odaları asgari Class C hava sınıflamasına, PN hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında Class A sınıflamasına sahip olmalıdır.

1.3. Havalandırma ve iklimlendirme (H.V.A.C.) sistemi kapsamında bulunan filtreler (torba, panel, HEPA) düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

1.4. H.V.A.C. sistemlerinin kurulum, teslim alınma ve kullanımları süresince validasyonu yapılarak sistemin doğruluk, güvenilirlik ve tekrarlanabilirliğinin kanıtlanması sağlanmalıdır.

1.5. H.V.A.C. validasyonu, hazırlanacak bir plan doğrultusunda yapılması gereken D.Q. (Design), I.Q. (Installation), O.Q. (Operation), P.Q. (Performance Qualification) çalışmalarını kapsamalıdır.

1.6. H.V.A.C. sistemi validasyon çalışmalarından sonra düzenli olarak, sistemin fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri yapılarak performans kalitesinin yeterliliği izlenmelidir. Bu kapsamda yapılacak kontrollerde periyodik olarak, HEPA filtre sızdırmazlık testi (D.O.P.test), hava hızı, hava değişim sayısı, hava akış yönü (smoke test), yeniden temizlenme zamanı (recovery time), partikül sayımı (at rest - in operation), oda sınıflaması, basınç farkları, sıcaklık, nem parametreleri izlenmelidir.

1.7. Validasyon tercihen akredite bağımsız bir firma tarafından yapılmalıdır.

1.8. PN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

1.9. Personel girişi için air-lock (hava kilidi) ve malzeme geçişi için HEPA filtreli materyal “pass box” bölümlerini içermelidir.

1.10. Hazırlama bölümünde alkol bazlı bir el antiseptiği bulundurulmalıdır.

1.11. Hazırlama bölümünde hazırlama ve depolama ile ilgili kurallar yazılı olarak bulundurulmalıdır.

1.12. Hazırlama alanına gereksiz giriş ve çıkışlar engellenmelidir.

1.13. Hazırlama alanında yemek yenmemeli, içecek ve sigara içilmemelidir.

1.14. Temiz odanın klima sistemi asla tümüyle kapatılmamalıdır. Temiz odada işlem yapılmayan zamanlarda bile yavaşlatılmış olarak çalıştırılmalıdır.

#### 2. Dolum Cihazının Bakımı:

2.1. Bir önceki günden kalan ve kullanılmış tüm solüsyonlar ve transfer setleri atılmalıdır. Setler günlük değiştirilmeli, kontamine olursa anında değiştirilmelidir.

2.2. Otomatik karıştırıcı uygun antiseptik solüsyonlarla kapsamlı bir şekilde temizlenmelidir.

2.3. Dolum cihazı talimatlara göre kalibre edilmelidir.

2.4. Otomatik dolum cihazlarının çalışmasının verimli olmasını sağlamak için PN ürünlerini üreten firmalardan ürünleri ile ilgili bilgi alınmalı ve önerilere uyulmalıdır.

2.5. Günlük kayıtlara uygun veriler kaydedilmeli ve imzalanmalıdır.

#### 3. Hazırlama Bölümünde Dolumun Yapılması:

3.1. Kayıt tutulması işlemleri hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.

3.2. PN torbaları günlük olarak hazırlanmalıdır.

- 3.3. Solüsyonların ambalajlarından çıkarılması gibi partikül oluşturabilecek işlemler hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.
- 3.4. Tek kullanımlık olan PN torbası ve setleri ikinci kez kullanılmamalıdır.
- 3.5. Hazırlanan torba üzerine yapıştırılan etikete tarih, saat, hasta ismi, PN içeriği mutlaka yazılmalıdır.
- 3.6. Şüpheli durumlar tespit edildiğinde, torba klipsi kapatılmalı ve dolun sonrası mikrobiyolojik kültür alınmalıdır. Mikrobiyolojik kültür örnekleri kültür çizelgelerine kayıt edilmelidir.
- 3.7. Torbalarda problem olduğunda (delinme, içerikle ilgili karışıklık v.b.) derhal işlem durdurulmalı ve işlem basamakları yeniden kontrol edilerek tekrar dolun yapılmalıdır.

#### 4. Hazırlama Bölümünün Temizliği:

- 4.1. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemi temizden kirliye doğru yapılmalıdır. Sırasıyla önce kabinin tavanı, iç yan yüzeyleri, arka yüzeyleri, masa üstü ve alt kısmı temizlenmelidir. Bu işlem her gün bir kez tekrarlanmalıdır.
- 4.2. Kabin içi temizlik kabinin özelliğine uygun dezenfektan ile yapılmalıdır.
- 4.3. Kabin her kullanımdan sonra temizlenmelidir. Temizlik odada PN doldurulmadığı dönemde yapılmalıdır.
- 4.4. Hazırlama ünitesinin temizliği her gün sabah yapılmalıdır. Gün içerisinde yer yüzeylerinde kirlenme olduğunda işlem tekrarlanmalıdır.
- 4.5. Laminar hava akım başlıklarının filtreleri üretici firma önerileri doğrultusunda, partikül sayım sonuçları dikkate alınarak uygun aralıklarla değiştirilmelidir.
- 4.6. Temiz alana girecek tüm malzemelerin (cam, metal, PVC torbalar gibi) yüzeyi alana alınmadan önce temizlenmelidir.

#### BEŞİNCİ BÖLÜM: PN İLE İLAÇ ETKİLEŞİMİ

1. PN'un kompleks yapısı ve ilaç, besin ögesi etkileşiminin potansiyel riski nedeni ile PN torbalarına ilaç katılmamalıdır.
2. PN ile birlikte ilaç verilmesi kaçınılmaz ise, ilacın PN ile uyumluluğu ve geçimliliğinden emin olunmalıdır.
3. Verilecek ilacın geçimliliği ile ilgili hiçbir bilgi yoksa, kesinlikle ayrı damar yolundan verilmelidir.
4. Geçimlilik ile ilgili bilgiler kullanılan ilacın konsantrasyonu dikkate alınarak değerlendirilmelidir.
5. PN'a vitaminler ve eser elementler eklenirken çökme ve parçalanmayı engellemek için önce fosfor ve arkasından kalsiyum eklenmelidir. Eser elementler ve fosfat eklendiğinde torba 24 saat içinde kullanılmalıdır.
6. Etkinliği azalacağı için PN'ye insülin eklenmemelidir.
7. Servis ortamında PN torbasına ilaç eklenmemelidir.
8. Zorunluluk olduğunda PN torbasına bir ilaç eklerken aşağıdaki durumlar göz önünde tutulmalıdır;
  - 8.1. PN formülasyonunun emülsiyon karakterinin değişebileceği,
  - 8.2. İlacın, torba materyali (EVA, PVC, polyolefin gibi) ile reaksiyona girebileceği,
  - 8.3. Bazı besin öğelerinin reaksiyonu (oksidasyon gibi) ile ilacın aktivitesini kaybedebileceği,
  - 8.4. Bileşenlerle reaksiyona girmesi (çökelti, radikal oluşumu gibi) sonucu toksisiteye neden olabileceği.

#### YEDİNCİ BÖLÜM: STABİLİTE ve GEÇİMLİLİK

1. Hepsi bir arada karışıma en son lipid eklenmelidir. Elektrolitler ve eser elementler asla doğrudan lipid emülsiyonlarının içine (dolundaki başlangıç maddesi olarak veya çok bölmeli torbalarda lipid bölmesine) karıştırılmamalıdır.
2. Pulmoner arter embolisi riskini azaltmak amacıyla, lipid emülsiyonunda çapı 6 µm'den büyük partikül olmamalıdır.



3. pH 5.0'ın altına düştüğünde lipid emülsiyonunun stabilitesi bozulacağından, bu konuda dikkatli olunmalıdır.
  4. Çoklu-doymamış esansiyel yağ asitleri peroksidasyonla oksidatif strese ve toksisiteye neden olabilir. Oksijen, eser elementler, ısı ve güneş ışığına maruziyet ile peroksidasyon önemli ölçüde artabilir. Tokoferol olumlu etkisi vardır. Daha az hava geçiren çok katlı torba kullanmak, ışıktan korumak, buzdolabında saklamak, eser elementleri infüzyondan hemen önce ilave etmek, torbalara kılıf geçirmek ve sarı veya turuncu uygulama setlerini kullanmak ile peroksidasyon azaltılabilir.
  5. Amino asit solüsyonları, mekanik bariyer, tamponlama kapasitesi ve elektrolitlerin çökelti oluşumuna karşı koruyucu etki göstermektedirler. Bu nedenle karışıma ilk olarak amino asitler eklenmelidir.
  6. Çökelti oluşmasını engellemek amacıyla, artı 2 değerlikli katyonlar amino asit solüsyonlarının içine eklenmelidir.
  7. Kalsiyumun ile fosfatın molar konsantrasyonlarının çarpımı 72'yi ( $Ca^{++} \text{ mmol/L} \times P \text{ mmol/L} < 72$ ) geçiyorsa, inorganik fosfat ve kalsiyum stabilitesi bozulacağından, buna dikkat edilmelidir. Eğer yüksek miktarlarda kalsiyum ve fosfat alınma gereksinim varsa, organik fosfat tuzları (glukoz-1-fosfat veya fosfat gliserol gibi) kullanılmalıdır.
  8. Vitaminler hepsi bir arada karışımlara infüzyondan hemen önce ilave edilmelidir.
  9. Uzun tatiller nedeniyle hastaların torbalarını tatil öncesinden hazırlamak zorunda kalan ünitelerde;
    - 9.1. PN torbaları en fazla altı günlük hazırlanmalıdır.
    - 9.2. Hazırlandıktan bir/daha fazla gün sonra verilecek torbalara servislerde yapılacak eklemelerin, infüzyondan hemen önce ve aseptik kurallara uyularak yapılması gerekir.
  10. İlaçların karışıma ilave edilmesi veya karışımla beraber aynı uygulama setinden verilmesi sonucu geçimsizlik ve stabilite problemleri görülebilmektedir. Bu nedenle, zorunlu durumlar dışında (uyumluluk listeleri güncel hazırlanmış olsa bile) aynı setten verilmemelidir.
  11. Dolumu tamamlanan her bir PN torbası, büyük partiküllerin oluşması açısından kuvvetli ışık altında ve koyu renkli bir zemin üzerinde detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.
- Total Parenteral Nutrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi 2010 (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

## İKİNCİ BÖLÜM: DEPOLAMA, SAKLAMA VE TAŞIMA İÇİN ÖNERİLER

### 1. Depolama ve saklama:

- 1.1. PN hazırlanmasında ve uygulanmasında kullanılan solüsyon, ilaç, araç-gereç ve ekipmanlar üretici önerisine göre depolanmalıdır.
- 1.2. Soğutucuların sıcaklıkları monitörize edilmelidir.
- 1.3. İlaç ve malzemeler yerden yüksek raflarda saklanmalıdır.
- 1.4. Kullanım öncesi her ürünün kutusu hasar ve son kullanım süresi açısından incelenmelidir.
- 1.5. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar ve malzemeler aktif depolama alanlarından kaldırılmalıdır.

### 2. Taşıma:

- 2.1. Hazırlama bölümünde dolumu tamamlanan PN solüsyonları kapaklı ve kilitli arabalara yerleştirilerek kliniklere gönderilmelidir.
- 2.2. Hazırlanan torbalar imza karşılığında teslim edilmelidir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:

### TESLİM ALINAN PN TORBALARININ SERVİS/ÜNİTEDE SAKLANMASI

1. Servise gelen PN torbaları imza ile teslim alınmalıdır.
2. PN torbaları, asepsisi bozulmadığı sürece, buzdolabı rafında artı 4°C'de altı gün saklanabilir. Mikrobiyolojik kontrol yapılamayan durumlarda torbalar oda sıcaklığında 24

saatten daha uzun süre saklanmamalıdır (Hazır ticari ürünlerde üretici firma önerilerine göre saklama koşulları değişiklik gösterebilir).

3. PN torbasına herhangi bir girişim yapıldığında torbanın saklanma ömrü oda sıcaklığında 24 saattir.

4. PN torbasına serum seti takılmış ise veya torbaya 24 saat içinde çökecek ilaç (eser element, fosfor vb.) eklenmiş ise torba 24 saat içerisinde kullanılmalıdır.

5. Hazır ticari ürünler açıldıktan sonra 24 saat içinde kullanılmalıdır.

**SORU: Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 163

**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ

**BÖLÜM SIRA NO** : 13

**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, HGY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.13.1.** Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, liste tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Yüksek riskli ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Eczacı tarafından yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı ve kullanım alanlarında bulundurulmalıdır.

Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı alanlarda muhafaza edilir, bu ilaçların bulunduğu alan tabela ile belirtilir.

İlaçların muhafaza edildiği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

#### **KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

**SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?**

**SIRA** : 164  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 14  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.14.1.** HBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindeki kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi HBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır

#### **AÇIKLAMA:**

HBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindeki kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun eczaneye iade edilmelidir.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İade işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Eczaneye gelen iade formlarından 3 örneklem seçilerek, iade edilen ilaçların, HBYS üzerinden hasta orderinde olup, olmadığı kontrol edilir.

24 saat içinde belirtilen sebeplerle kullanılmayan ilaçlar, servis veya birim sorumlusu tarafından eczaneye iade formlarla teslim edilmezse sağlık tesisi yönetimi tarafından gerekli tedbirler alınmalıdır.

#### **KAYNAK:**

1. TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

2. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ :

I – Başeczacının Görev ve Yetkileri :

b) Eczane ile ecza deposunda bulunan bütün ilaçların, alet ve malzemenin iyi bir şekilde muhafazasından ve usulü dairesinde sarf edilmesinden, depoya giren çıkan ilaçların depo memuru tarafından gelir gider defterleri ile depo defterine düzenli olarak işlenmesinden sorumludur. Depo memuru bulunmayan kurumlarda bu hizmeti mevcut eczacılardan birisine; oda yoksa eczacı teknisyeni veya bu işi yapabilecek diğer bir görevliye yaptırır.

S – Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

e) Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç vesair malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya ve bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiği zaman hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybindan sorumludurlar.

**SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştiriliyor mu?**

**SIRA** : 165  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 15  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.15.1.** İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İmha işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

1.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 22.07.2005 TARİH VE 25883 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ :

3. BÖLÜM - Atıkların Ünite İçinde Ayrılması, Toplanması ve Taşınması;

MADDE 10 : Üniteler, EK-2’de belirtilen atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgileri içeren Ünite İçi Atık Yönetim Planı’nı hazırlamak ve uygulamak zorundadır.

2.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 02.04.2015 tarih ve 29314 Sayılı RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ

**SORU: İlaçların kırılması ve kaybolmasına yönelik düzenlemeler uygun şekilde yapılıyor mu?**

**SIRA** : 166  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 16  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.16.1.** İlaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

### **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde kullanılan tüm ilaçların kırılması, kaybolması durumunda TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır.

### **KAYNAK:**

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

c) Miadı geçen ürünlerin, sağlık tesisleri ilaç sorumlusu bilgisi dahilinde il sağlık müdürlüğüne imha için tesliminden, taşınır kontrol yetkilisi sorumludur.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

**SORU: Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılıyor mu?**

**SIRA** : 167  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 17  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, HGY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.17.1.** Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişimin kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.

**EH.17.2.** Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

**EH.17.3.** Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmi dozları takip edilmelidir. Kullanılmayan doz kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

**EH.17.4.** Yazılı düzenlemeye Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç kullanımı olan tüm birimlerden ulaşılabilmelidir.

#### **AÇIKLAMA:**

Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılmalıdır.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisindeki tüm narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

#### **KAYNAK:**

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı

dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

## 2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARININ YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

**SORU: İlaçların hastane eczanesinden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?**

**SIRA** : 168  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 18  
**BOYUTLAR** : YPYD, AYD, EHY, HGY

### DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

**EH.18.1.** İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.

**EH.18.2.** Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.

**EH.18.3.** Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.

**EH.18.4.** Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muafır.)

**EH.18.5.** Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

İlaçların eczaneden çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

İlaçlar hasta bazında karşılandıktan sonra her hasta için kilitli şeffaf poşet içine konulmak suretiyle ayrı ayrı paketlenmiş olduğu gözlemlenmelidir. Servislerde rastgele seçilen ilaçların hasta bazlı ambalajlarında saklanıp saklanmadığı kontrol edilmelidir. Sağlık tesisleri her iki şartı da sağlamalıdır.

Hasta bazlı ilaç paketlerinin üzerinde ilgili servisin adı, ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olması aranmalıdır. (İsmi aynı olan hastalara ilişkin karışıklığı önlenmesi ve doğru hastaya doğru ilacın gittiğinden emin olunması için gerekli tedbirler alınır.)

İlaç hazırlama alanları; hasta bazlı ilaç paketlerinin hazırlanabileceği karışıklığa sebep olmayacak genişlikte olmalıdır. Servis veya birimlerden gelen sorumlu hemşirenin / hemşirenin ilaçları teslim alacağı alanlar eczanede hasta bazlı ilaç hazırlama alanlarından ayrı olmalıdır.

E1 Hastane rolündeki sağlık tesisleri muaf tutulur.

Sağlık tesisinde majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa muafır.)

İlaçların eczaneden çıkışlarına dair kayıtları kontrol edilir.

Yapılan çıkışa dair düzenlenen belge eczanede ilaçları teslim almaya gelen servis sorumlu hemşiresi tarafından veya sorumlu tarafından görevlendirilen hemşire/sağlık personeli (teknisyen vb.) tarafından imzalanıp, eczaneden teslim alınmalıdır.

#### **KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır. Ancak, ameliyathanede, yoğun bakım ve acil serviste ilaçların birimin aciliyetine binaen yedekli verilmesi gerekebilir.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu



evrak sağlık tesisinin byklgne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

**SORU: Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)**

**SIRA** : 169  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 19  
**BOYUTLAR** : EHY, HGY, YPYD

#### **DEğerLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**EH.19.1.** Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına " uygun olarak yapılmalıdır.

**EH.19.2.** Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

**EH.19.3.** Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalı ve bu ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop ilaçların yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" uygun olarak gerçekleştirilmelidir

**EH.19.4.** İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

**EH.19.5.** Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Kullanılmayan doz (kısmi doz) kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir

**EH.19.6.** Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildirimini yapılacağı farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

**EH.19.7.** İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" uygun gerçekleştirilmelidir.

**EH.19.8.** İlaç geçimsizlikleri ile ilgili TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

**EH.19.9.** İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

**EH.19.10.** İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir

**EH.19.11.** İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

**EH.19.12.** Işıktan korunması gereken ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

**EH.19.13.** Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, hastanın adı-soyadı, protokol numarası, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalemi) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

#### **KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımını, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan

reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

#### TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

#### BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;

MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.

MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları

sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

## TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

### 13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

- d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.
- e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Eczane Deposunda Bulundurulmuş Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999 )

7- Eczane deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalajlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.

Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalajında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşıncaya kadar uyulmalıdır.

24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilâçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

06.04.2011 TARİH VE 27897 SAYILI RESMÎ GAZETEDEN HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK :

MADDE 1 : Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla

yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

**SORU : Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi uygun olarak yapılıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)**

**SIRA** : 170  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 20  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.20.1.** Tıbbi sarf deposundan; ilgili birim ve servislere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

**EH.20.2.** Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir

**EH.20.3.** Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

**EH.20.4.** Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların uyarı sistemine bildirim TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

**EH.20.5.** Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaftır.)

**EH.20.6.** Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinde revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler incelenmelidir.

Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muaftır.

Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili sağlık personelinde farkındalık sağlamak için ilgili birim ve servislerde görsel ve bilgilendirme dokümanları aranır.

**KAYNAK:**

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisleri ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara “İade Edilen” kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan “TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ’in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen “Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları” kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.

c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimini konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.

ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.

d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.

e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

**SORU: Hastane Eczanesinden ilgili birimlere (servis, yoğun bakım vb.) gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olarak muhafaza ediliyor mu?**

**SIRA** : 171  
**BÖLÜM ADI** : ECZACILIK HİZMETLERİ  
**BÖLÜM SIRA NO** : 21  
**BOYUTLAR** : EHY, HGY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**EH.21.1.** Hastane Eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.

**EH.21.2.** İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Servislerde ilaç hazırlama ve ilaç muhafaza alanları incelenerek; hasta bazlı olarak eczaneden teslim alınan ilaçların servislerde hasta bazlı olarak saklandığı, tedavi esnasında da hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kapların kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

# MEDİKAL DEPO



**SORU: Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?**

**SIRA** : 172  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.1.1.** Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır.

**MD.1.2.** Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımlamaları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personele tebliğ edilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin Kurum başkanlığından başlamak üzere, genel sekreterlik ve sağlık tesisi bünyesinde organizasyon şeması hazırlanmalı ve görevlilerin görev tanımları belirlenmelidir.

Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev tanımları belirlenmiş olmalıdır ve ilgili personele tebliğ edilmelidir.

**KAYNAK:**

2 KASIM 2011 TARİH VE 28103 SAYILI RESMİ GAZETE YAYINLANAN SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME

MADDE 9 (ğ) : Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.

**SORU: Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçiliyor mu?**

**SIRA** : 173  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**MD.2.1.** Tıbbi Sarf malzemelerin MKYS veri girişlerinde doğru sınıflandırma tanımı seçilmelidir.

**AÇIKLAMA :**

Sisteme kayıtlı medikal malzemelerden örneklem usulü ile 3 malzeme faturası ile girişi yapılan taşınır işlem fişinde tanımlanan ürün ismi birbiri ile uyumlu olup, olmadığı kontrol edilir.

**KAYNAK:**

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 06.01.2014 tarih, 5451.1659/700 sayılı "TIBBİ SARF MALZEMELERİN SINIFLANDIRILMASI HK." konulu yazı

Stok Analiz ve Kontrol Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmekte olan Tıbbi Sarf Malzeme Sınıflandırma çalışması hakkında, 19-25 Kasım 2012 tarihleri arasında çalıştay gerçekleştirilmiş olup, Tıbbi Sarf Depo Sorumlusu olan Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri'ne eğitim verilerek; depo mevcudunda bulunan tıbbi sarf malzemelerinin, Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS) "Malzeme Eşleme-Yeni Tıbbi Sarf Eşleme" modülünde eşleştirilmesi çalışması başlatılmıştır.

İlgi (a) yazımız ile "Tıbbi Sarf Malzemelerinin Sınıflandırılması Versiyon-1" çalışmasının tamamlandığı duyurulmuş ve ilgi (b) yazımız ile de Tıbbi Sarf depolarında kayıtlı tüm malzemelerin sistem üzerinden eşleştirmelerinin tamamlanması gerektiği hatırlatılmıştır. Tıbbi Sarf Malzemelerinin 2014 yılı itibariyle tekil terminoloji ile takibinin sağlanabilmesi amacıyla; söz konusu listedeki Sınıflandırma Tanımlarının, Sağlık Tesisleri MKYS işlemlerinde kullanılması zorunluluğu getirilmiştir. Çalışmanın metodolojisi ve uygulama detayları ekte belirtilmiştir.

MKYS'de yapılacak tüm analiz çalışmalarında (stok takibi, fiyat analizi vb.) Taşınır Malzeme Kodu yerine Sınıflandırma Kodu ve Sınıflandırma Tanımı kullanılacak olup, tanımları aynı seçilmiş iki malzemenin fiyatları eşdeğer kabul edilerek yaklaşık maliyet bilgisine esas olacaktır. Stok Bölge Koordinatörleri tarafından; eşleştirme çalışması Veri Doğruluğu performans kriterleri içerisinde değerlendirilecektir. Konunun Genel Sekreterlikleriniz bünyesindeki İl Konsolide ve Stok Uzmanlarınız tarafından hassasiyetle takibinin sağlanması, Sağlık Tesislerine gerekli bilgilendirme ve desteğin verilmesi önem arz etmektedir.

Yeni Malzeme Girişi Yapılan Tıbbi Sarf Malzemelerin Kaydı

15 Ocak 2014 tarihi itibariyle MKYS Malzeme Girişi kısmında;

1) 150.03.03 Taşınır kodu alt detay bilgisinin sisteme girilmesi zorunlu olmayacak, hesap verilebilirlik açısından sadece 2. Düzey Detay Kodu bilgisi ile sisteme veri gönderilmesi yeterli olacaktır.

UBB Barkod bilgisi girişi yapıldıktan sonra, Malzeme Açıklama kısmına manuel veri girişi yapılamayacak, web servis aracılığıyla UBB Etiket Adı bilgisi otomatik olarak gelecektir.

UBB Kapsam Dışı tıbbi sarf malzemelerin; sisteme girişi yapılırken 13 haneli 3 rakamı (333333333333) Barkod bilgisi alanına girilecek, Malzeme Açıklama kısmına manuel veri girişi yapılamayacak, sistemden "Kapsam Dışı Malzeme" açıklaması otomatik olarak gelecektir.

Sınıflandırma Tanımlarının, malzeme girişi esnasında seçilmesi zorunludur. Bu seçim yapıldıktan sonra Sınıflandırma Kodu sistemden otomatik olarak gelecektir. Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi (HBYS) Firmaları entegrasyon ile Sınıflandırma Kodu ve Sınıflandırma Tanımını seçilmemiş herhangi bir malzemenin giriş kaydını, MKYS 'ye aktaramayacaktır.

MKYS-HBYS web servisleri malzeme girişleri ve çıkışları kapsamında güncellenecektir. Sadece geçen yıldan devir olan malzemelerin çıkış hareketlerinde Sınıflandırma Tanımı bulunması zorunluluğu aranmayacaktır.

Yeni malzeme girişlerinde ürünlerin tam karşılığı (en, boy, çap vs.) olan Sınıflandırma Tanımlarının girilmesi zorunludur.

Malzeme giriş kaydı esnasında, Sınıflandırma Tanımları içerisinde ürününüzün tam karşılığının (en, boy, çap vs.) bulunmaması halinde; tkhk.tibbicihaz@saglik.gov.tr adresinden yeni tanımlama yapılarak liste güncellenecektir.

**SORU: MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?**

**SIRA** : 174  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.3.1.** Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç ve sarf malzeme listeleri bulunmalıdır. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Eczanede; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel ilaç listelerine bakılmalıdır. İlaç İhaleleri temel ilaç listeleri baz alınarak hazırlanmalıdır.

Tıbbi sarf deposunda; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel sarf malzeme listelerine bakılmalıdır. Tıbbi sarf malzeme ihaleleri temel sarf malzeme listeleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

#### **KAYNAK:**

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

MADDE 2.2. Temel Malzeme Listelerinin Oluşturulması;

a) Bendi Stok Yönetim Birimince Birlik Temel Malzeme Listeleri (ilaç, tıbbi sarf, laboratuvar, kırtasiye gibi) oluşturulur.

b) Sağlık tesisleri de ihtiyaç duydukları taşınırın Birlik Temel Malzeme listelerine eklenmesini teklif eder. Bu tekliflerin Stok Yönetim Birimince alternatif ürünler de göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ile Birlik Temel Malzeme Listeleri güncellenir.

c) Bu listeler bu Genelgenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç 3 ay içinde oluşturulur.

d) Temel Malzeme Listeleri münferit talepler dikkate alınmadan en sık karşılaşılan vakalar göz önünde bulundurularak hazırlanmalı, böylece etkin stok yönetimi için malzeme çeşidi en alt seviyede tutulmalıdır.

e) Bu listeler haricindeki talepler, gerekçenin açıklandığı resmi belgeler ile kayıt altına alınarak mümkün mertebe ihtiyaç sebebini gösteren verilerle desteklenmeli, fayda maliyet analizi ile değerlendirildikten sonra karara bağlanmalıdır.

f) Birlik Temel Malzeme Listelerine yeni eklenen ve ilk defa satın alınacak malzemeler için azami stok miktarını geçmeyecek şekilde 60 gün yetecek miktarda alım yapılması uygun olacaktır.

**SORU: Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkod ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?**

**SIRA** : 175  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.4.1.** Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası) barkodu ve etiket adı, seri / lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Son girilen medikal malzeme faturalarından rastgele 3 örnek seçilip, istenen veriler kontrol edilir.

**KAYNAK :**

TC ÇALIŞMA SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ 2014 Stok Kurumca bedeli karşılana tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır.

**SORU: Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takip edilmesi ile ilgili sorumlu belirlenmiş ve TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapıyor mu?**

**SIRA** : 176  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD, HGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.5.1.** Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Olumsuz olay bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır.

**MD.5.2.** Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisindeki materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerin kullanımı ve uygulamalarında görevli sağlık personeli materyovijilans sorumlusunu bilmelidir.

Medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların bildirimini TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapılmalıdır. TİTCK'ya medikal malzemelerden kaynaklanan olumsuz olayların bildirimlerinin Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylarda farkındalığın artırılması için ilgili servis ve birimlerde çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanların bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

**KAYNAK:**

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanan "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLARHAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

- a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.
- b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.
- c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimini konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.
- ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.
- d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.
- e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

**SORU: Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?**

**SIRA** : 177  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.6.1.** Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılmalıdır.

Medikal malzemeler, tedarikçi firma tarafından depolara teslim edilmedikçe muayene işlemlerinin başlamaması gerekmektedir. Muayene işlemlerinin nasıl yapıldığı sorgulanmalıdır.

Depolara gelen medikal malzemeler tedarikçi firma yetkili iştiraki ile depo sorumlusu tarafından sayılıp, muayene ve kabul komisyon üyeleri tarafından kontrol edilip, edilmediği sorgulanmalıdır.

**KAYNAK:**

19/12/2002 TARİHLİ VE 24968 SAYILI RESMÎ GAZETE'DE YAYIMLANAN MAL ALIMLARI DENETİM MUAYENE VE KABUL İŞLEMLERİNE DAİR YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK

MADDE 1 : Satın alınan mal yüklenici tarafından idareye teslim edilmedikçe muayene ve kabul işlemleri yapılamaz.

MADDE 2 : Yetkili makam tarafından biri başkan, biri iştirak uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur.

**SORU: İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?**

**SIRA** : 178  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.7.1.** İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, HBYS sistemine girişi yapılmalıdır. Minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde HBYS sistemi uyarı vermelidir.

**AÇIKLAMA:**

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, belirlenmediği HBYS sisteminden kontrol edilmelidir.

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemeler, HBYS sisteminde belirlenen minimum ve uyarı (renkli, görsel, işitsel vb.) verip, vermediği kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

**SORU: Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?**

**SIRA** : 179  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**MD.8.1.** Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde, Taşınır Kontrol Yetkilisi ile birlikte MKYS verilerine bakılarak ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok düzeyi ortalaması 60 gün veya altında olup, olmadığı kontrol edilmedir. İlaç veya tıbbi sarf malzeme stok gün düzeylerinden birinin 60 günün üzerinde olması durumunda soru olumsuz olarak değerlendirilir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013/09 SAYILI GENELGE:

1.2 Maddesinin

a) Bendi İşbu Genelge ile Birlikler ve bağlı Sağlık Tesisleri için Azami Stok Miktarı 60 (altmış) gün yetecek stok miktarı olarak yeniden belirlenmiştir.

**SORU: Medikal depodan ilgili birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 180  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : EHY, YPYD

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.9.1.** Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

**MD.9.2.** Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda çıkışı olmalıdır.

**MD.9.3.** Belirtilen birimlere yapılan toplu ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışlarının MKYS'den alınan taşınır işlem fişleri; ilgili birim sorumlusuna imzalatılıp, dosyalanmalıdır.

**MD.9.4.** Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir

### **AÇIKLAMA:**

Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb...) birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılmalıdır.

Söz konusu talimatlar özellikli birimlerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. Toplu çıkış işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Yapılan toplu çıkışlara dair MKYS'den alınan taşınır işlem fişleri, ilaçların birim sorumlusuna (sağlık çalışanı) eczane deposunda teslimatı esnasında işlemi gerçekleştiren TKY ve teslim alan birim sorumlusu tarafından imzalanmak suretiyle dosyalanmalıdır. Bu dosyaların uygunluğuna bakılmalıdır.

Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde eczacı tarafından üç ayda bir seferden az olmamak üzere stok miktarı kontrolü yapılmalıdır. Kontrollerde fiili stok miktarı ile HBYS'de görülen stok miktarı arasında uyumsuzluk tespit edilmesi durumunda rapor tutularak başhekimine konu ile ilgili bilgi verilmelidir.

Yapılan stok miktarı kontrolleri kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar gözlemci tarafından incelenmelidir.

### **KAYNAK:**

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara "İade Edilen" kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol



yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

**SORU: İhtiyaç planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere sağlık tesisleri bünyesinde Hastane Yöneticisi tarafından “İhtiyaç Tespit Komisyonları” kurulmuş mu?**

**SIRA** : 181  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.10.1.** İhtiyaç planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere sağlık tesisleri bünyesinde Hastane Yöneticisi tarafından “İhtiyaç Tespit Komisyonları” kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere sağlık tesisleri bünyesinde Hastane Yöneticisi tarafından İhtiyaç Tespit Komisyonlarının kurulup kurulmadığı ve komisyonda görev alan personele görevlerinin tebliğ edilip edilmediği kontrol edilir. Geçmişe yönelik işlemlerde İhtiyaç Tespit Komisyon kararları aranır.

**KAYNAK:**

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

**2. İHTİYAÇ TESPİT VE PLANLAMA İŞLEMLERİ**

**2.1 Stok Yönetim Birimi ve İhtiyaç Tespit Komisyonları**

b) İhtiyaç Planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere Sağlık Tesisleri bünyesinde “**İhtiyaç Tespit Komisyonları**” kurulacaktır.

c) Sağlık Tesisi İhtiyaç Tespit Komisyonları; Hastane Yöneticisi veya görevlendireceği kişinin başkanlığında, Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü veya bunları temsilen yardımcıları ile Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinden oluşturulur. Ayrıca bu komisyonlara ihtiyacın niteliğine göre (mal veya hizmet) ilgili teknik veya uzman personel de katılabilir.

**SORU: MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?**

**SIRA** : 182  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

**MD.11.1.** Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Girişi İşlemleri ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır. Yıllık İhtiyaç Miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.

**MD.11.2.** Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları veri girişleri 2013/09 sayılı Genelgenin 1.2 maddesinin c ve d bendine uygun olarak yapılmalıdır.

### AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yıllık ihtiyaçların MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Girişi İşlemleri" ekranına girişinin yapılıp yapılmadığı, yıllık ihtiyaç girişi yapılmışsa girilen değerlerin uygunluğu kontrol edilir.

### KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

#### 1-STOK YÖNETİMİ UYGULAMALARI

##### 1.2. Azami Stok Miktarının Belirlenmesi

- İşbu Genelge ile Birlikler ve bağlı Sağlık Tesisleri için Azami Stok Miktarı 60 (altmış) gün yetecek stok miktarı olarak yeniden belirlenmiştir.
- Azami Stok Miktarı ilgili malzeme için günlük ortalama talep hızının 60 (altmış) ile çarpımı suretiyle elde edilir.
- Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır.
- Yıllık ihtiyaç miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.
- MKYS'de yıllık ihtiyacı girilmeyen malzemelerin yıllık ihtiyaç miktarları sistem tarafından otomatik olarak 1 (bir) olarak kabul edilecektir. Dolayısıyla fiili stok, stok fazlası modülüne sistem tarafından otomatik olarak yansıtılacaktır.
- Farmasötik eşdeğer kabul edilen jenerik ilaçlara bağlı ticari müstahzarlar bir arada değerlendirilerek yıllık ihtiyaç miktarları belirlenecektir.

**SORU: İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?**

**SIRA** : 183  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

**MD.12.1.** Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en az 6, en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayınlanan 31899314 barkod sayılı "Stok

Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının 8'i geçip gelmediği kontrol edilmelidir. Sağlık tesisinde 19 Ekim 2016 tarihinden sonra yapılan ihalelerde değerlendirilecektir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI 19 EKİM 2016 TARİH VE 31899314 BARKODLU "STOK TASARRUF EYLEM PLANI" KONULU YAZI

**SORU: İş eksilişi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?**

**SIRA** : 184  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 13  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.13.1.** Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir. Yükleme yapıldıktan sonra en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.

**MD.13.2.** Tedarik Paylaşım Platformu İş Eksiliş iş ve işlemleri TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından Ocak 2017'de yayınlanan "Tedarik Paylaşım Platformu Kılavuzuna" uygun yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

İşlemlerin ilgili mevzuatlara uygun olarak yapıp yapılmadığı kontrol edilir.

**KAYNAK:**

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI TEDARİK PAYLAŞIM PLATFORMU KILAVUZU

**SORU: Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?**

**SIRA** : 185  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 14  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.14.1.** Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

**MD.14.2.** Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

**MD.14.3.** Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.

**MD.14.4.** Tehlikeli maddelerin dökülmesi saçılması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

**MD.14.5.** Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacaklar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

### **AÇIKLAMA:**

Tehlikeli maddelerin yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

Malzeme kayıtlarında tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, son kullanma tarihi bulunan listelerin hazırlanıp, hazırlanmadığı kontrol edilir.

Kullanım şekli, temas halinde yapılacaklar, saklama koşulları, güvenli taşınma şekli, dökülmesi ve tehlikeli maddelere maruz kalınmasında yapılacaklar talimata uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilir.

Tehlikeli maddelerin depolarda muhafazasının uygun koşullarda yapılıp, yapılmadığı kontrol edilir. Örneğin; Eter, alkol vb. patlayıcı ve yanıcı malzemeler yan yana depolanmamalıdır.

Tehlikeli maddelerin depolardaki yerlerinin tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketlerle belirlenip, belirlenmediği kontrol edilmedir.

### **KAYNAK:**

ÇEVRE BAKANLIĞI 20/04/2001 TARİH VE 24379 SAYILI TEHLİKELİ KİMYASALLAR YÖNETMELİĞİ;

MADDE 29 : Zararlı kimyasal madde ve ürünleri; özellikleri, depolamaları ve diğer şekillerdeki iştigalleri sırasında arz edebilecekleri tehlikenin cinsine göre Ek-VIII'de verilen sınıflara ayrılmıştır. Zararlı kimyasal madde ve ürünlerini üretenler, çevre ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde depolama yapmakla yükümlüdür. Bu maddelerin kötü amaçlı veya sorumsuz kişilerin eline geçmemesi ve amaç dışında kullanılmaması için gerekli önlemler, işletme müdürü, serbest bölgelerde serbest bölge müdürleri tarafından alınır.

Zararlı kimyasal madde ve ürünlerinin bulunduğu depolar, depolanan maddenin oluşturabileceği zararlar göz önüne alınarak, gerekli ısı, izolasyon, yıldırımdan koruma, havalandırma, alarm, yangın söndürme, gibi sistemler ile donatılır ve amacına uygun malzemelerle inşa edilir.

Depolara ve bunların yakınına, depolanan madde veya ürünlerinin yükleme, boşaltma ve kullanımları sırasında ortaya çıkabilecek tehlikeler ve bu tehlikelere karşı korunma önlemleri ile ilgili uyarı işaretleri ve yazıları asılır.

Zararlı kimyasal madde ve ürünleri, ilaç, hayvan ilacı, gıda maddesi, hayvan yemi ve bunların katkı maddeleri ile aynı depolara konulamaz.

Ek-IV'de verilen işaretlerden korozif, az zehirli ve tahriş edici özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünlerin depolanmasında, insan ve çevre sağlığı açısından işletmede gerekli yerlerde uyarı levhaları bulundurulur.

Ek-IV'de verilen işaretlerden çok zehirli özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünler kilitli mekanlarda depolanır. Bunların depolanması ile sorumlu kişiler, işletme müdürü ve konu ile ilgili personel dışındaki kişilerin bu maddelerle iştigalini önlemek için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

**SORU: Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?**

**SIRA** : 186  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 15  
**BOYUTLAR** : YPYD, AYD, ÇHG, EKÖ, EHY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**MD.15.1.** Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.

**MD.15.2.** Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

**MD.15.3.** Haşerelere karşı önlem alınmalıdır.

**MD.8.4.** Aydınlatma yeterli olmalıdır. (TS EN 12464'e göre depo alanı 100 lüks, depo sorumlusu odası 500 lüks)

**MD.8.5.** Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.

**MD.8.6.** Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.

**MD.8.7.** Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Medikal depolar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip olmalı ve istenilen şartları sağlamalıdır.

Medikal depo fiziki şartları değerlendirilmelidir.

Yer, duvar ve tavanlar boyanmış olmalı, rutubete karşı önlem alınmalıdır.

Depolardan geçen atık su boruları mutlak suretle açıkta görülmeyecek şekilde kapatılmalı ve yalıtımı sağlanmış olmalıdır. Yalnızca yalıtım yapılmış olması yeterli değildir. Herhangi bir patlama halinde kamu zararı oluşmaması için gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Palet veya rafa yerleştirilmiş şekilde yerle teması kesilmeli, duvara yaslanmayacak şekilde boşluk bırakılmalıdır.

Raf sistemi kurulmuş olan depolarda rafların devrilmesini önlemek, çalışan güvenliğini sağlamak ve kamu malına gelebilecek zararı önlemek için rafların birbirine ve duvara monte edilmiş olması gerekmektedir.

Depo belirli aralıklarla haşerelere karşı ilaçlanmalı ve kontrolü idare tarafından yapılmalıdır. Özellikle zemin ve zemin altında bulunan depolarda kemirgen hayvanların girişini engelleyecek tedbirlerin alınmış olması gerekmektedir.

Depo görevlisinin malzeme giriş ve çıkışlarında hata yapma olasılığını önlemek için medikal depolar belirtilen güçte aydınlanma aparatlarıyla aydınlatılmalı, özellikle kör noktalara dikkat edilmelidir. Aydınlatma için çekilen kabloların, kaçak sonucu yangın çıkma ihtimaline karşın topraklanması ve açıkta kablo bulundurulmaması gerekmektedir.

Medikal depo sorumlusu, depo temizlik kurallarını ve temizleme sıklığını belirlemeli, idare tarafından görevlendirilen temizlik personeli deponun fiziki şartları açısından bilgilendirmelidir. Çalışan güvenliği konusunda yanıcı ve yakıcı malzemelerin bulunduğu depoların temizliği esnasında gerekli güvenlik önlemler idare tarafından alınmalıdır. Medikal depo sorumlusu temizlik ve bakım formlarını doldurarak arşivlemeli, gereği halinde hastane idaresine bilgi vermelidir.

Medikal depoda bulunan malzemelerin güvenli depolanmasının sağlanması ve bozulma sonucunda kamu zararı oluşmaması için (örneğin, oda sıcaklığı ve %60-70 bağıl nem gibi saklama koşulları belirlenmiş ilaçların uygun koşullarda saklanmaması durumunda aktivite kaybına uğraması gibi.) depoların iklimlendirilmiş olması gerekmektedir. Yeterli havalandırma alanları oluşturulmalı, hırsızlığa karşı güvenlik önlemleri idare tarafından alınmalıdır.

Medikal depo sorumluları tarafından depo planı oluşturulmalı, malzeme teslimatında ilgili alanlara yerleşimi sağlanmalıdır. Yer değişikliği yapılması halinde liste güncellenmeli ve güncel listeler belirli alanlarda asılı olmalıdır.

Medikal depo yapılacak alan; sağlık tesisinde bulunan malzeme çeşidi, kaplayacakları hacim, istif miktarı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle seçilmeli, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Medikal depo sorumlusunun çalışma odası olmalı, verimli çalışma için gerekli imkanlar sağlanmış olmalıdır.

Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

#### **KAYNAK:**

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.

MADDE 16- Ecza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plâni" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999 )

2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plâni, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.

5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımını için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

6- Mal teslim alma ve sevk etme yerleri, depolama alanlarından ayrılmış olmalıdır. Boşaltma ve yükleme süresince ürünler kötü hava şartlarından korunmalıdır.

7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

9- Kabul kısmı, boşaltma sırasında ürünleri kötü hava şartlarından koruyacak şekilde olmalıdır. Kabul alanı, depo alanlarından ayrı olmalıdır. Kabul sırasında kapların zarar görüp görmediği ve alınan malın sipariş ile aynı olup olmadığı ve raf ömrü kontrol edilir.

10- Özel saklama tedbirleri gerektiren ürünler (meselâ narkotikler, özel saklama şartlarında saklanacak ürünlerdir) kabul sırasında derhal tanımlanmalı; yazılı talimatlarda ve ilgili mevzuatta belirlenen şekilde depolanmalıdır.

13- Depolama alanları, temiz ve çöpten, tozdan ve zararlılardan arındırılmış olmalıdır. Kırılmayı, dökülmeyi, mikroorganizmalar ile bulaşmayı ve çapraz bulaşmayı önleyecek yeterli ve etkili metotlar uygulanmalıdır.

14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.

15- Uyuşturucu, psikotrop ilaçlar, canlı mikroorganizma içeren ilaçlar ve toksik ilaç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve bir birlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

**SORU: Depoların güvenliği sağlanmak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?**

**SIRA** : 187  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 16  
**BOYUTLAR** : YPYD, TGY, EHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**MD.16.1.** Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.

**MD.16.2.** Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

**MD.16.3.** Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

**MD.16.4.** Elektriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)

**AÇIKLAMA:**

Eczane ve depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle depoların güvenliği ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskleri azaltılmalıdır. Hırsızlık için medikal depoların kapıları sağlam olmalı, gerekli kamera sistemleri, güvenlik personeli gibi önlemler alınmalıdır.

Yangın tehlikesi için merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri (yangın tüplerinin kontrol tarihlerine bakılmalıdır) gibi önlemler alınmalıdır.

Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.

Deprem riskine karşı malzemelerin sabitlenmesini sağlayacak montaj işlemleri yapılmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından prizler kırık olmamalı, kabloları açıkta, güvenlik riski oluşturacak şekilde bulunmamalıdır. Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

**KAYNAK:**

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Eczane deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtımlarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.

MADDE 16- Eczane deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plâni" ni haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Eczane Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999 )

2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade



ürünler, geri çekme plânı, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.

5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımını için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.

15- Uyuşturucu, psikotrop ilâçlar, canlı mikroorganizma içeren ilâçlar ve toksik ilâç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve birbirlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

21- Sevk sırasında aşağıdaki hususlara uyulacaktır:

a) Tanınma işaretleri ve yazılar yok olmamalıdır.

b) Sevkiyat yapılan ürün, diğerlerine bulaştırılmamalı, diğer ürünler veya materyal ile bulaşmayacak durumda olmalıdır.

c) Dökülme, kırılma ve hırsızlığa karşı yeterli tedbirler alınmalıdır.

d) Sevkiyatı yapılan ürünlerin güvenliği sağlanmalı, kabul edilemeyecek derecede sıcağa, soğuğa, ışığa, neme veya diğer istenmeyen etkilere veya mikroorganizma veya zararlılara veya zararlara maruz kalmaları önlenmelidir.

### **SORU: Medikal depolarda ilaç ve tıbbi malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?**

**SIRA** : 188  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 17  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**MD.17.1.** Medikal depolarda ilaçlar uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

**MD.17.2.** Medikal depolardaki tıbbi malzemeler uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

**MD.17.3.** Medikal depolarda, sıcaklık ve nemin referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren USB girişli dijital dereceler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. USB girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.

**MD.17.4.** Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)

**MD.17.5.** Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

İlaçlar ve tıbbi sarf malzemelerin saklama koşulları göz önünde bulundurulmak suretiyle gruplandırılarak depolanmalı ve gerekli saklama koşulları sağlanmalıdır. (oda sıcaklığı ve bağıl nem vb.) İlaç, tıbbi sarf malzeme ve hasta güvenliği açısından, ilaçların ve tıbbi sarf malzemelerin depolama süresi boyunca uygun ortamda saklandığından emin olunması için sıcaklık ve nem değerlerinin kritik seviyenin üstüne çıkması veya altına inmesi halinde gerek buzdolabı gerekse oda şartlarında anlık uyarı veren (görsel, işitsel, mesaj, mail vb.) ve USB bağlantısı ile veri aktarımı sağlanabilen dijital derecelerle takip edilmelidir. Medikal depo sorumlusu tarafından USB girişi olan dijital dereceden belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.

Edinilen kayıtların referans değerler aralığında bulunmaması halinde bozulma tespit edilirse, depo sorumlusu hastane idaresine bilgi vermeli ve yasal işlemler yapılmalıdır. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Tüm medikal depolarda ışıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır.

Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

#### **KAYNAK:**

İlaçlar ve Eczada Bulundurulmuş Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999 )

7- Eczada bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

11- Tıbbî farmasötik ürünler, tıbbî malzeme, kozmetikler ve benzerleri gibi çeşitli ürün türleri birbirinden ayrı yerlerde depolanır. Her bir ürün, ışıktan, nemden ve sıcaklıktan kaynaklanabilecek zararları önlemek üzere, imalatçısının belirlediği şartlar altında bulundurulur. Sıcaklık ve nem periyodik olarak izlenir; kaydedilir ve bu kayıtlar düzenli olarak gözden geçirilir.

12- Özel sıcaklıkta saklama öngörülen durumlarda, depolama alanları, istenen şartların dışına çıktığını belirten sıcaklık kaydediciler veya diğer cihazlar ile donatılmalıdır. Bu nitelikteki alanların her yerinde öngörülen şartların sağlandığını gösterecek yeterli cihazlar bulunmalıdır.

**SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miat Kontrol Talimatına uygun olarak yapıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf vb.)**

**SIRA** : 189  
**BÖLÜM ADI** : MEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 18  
**BOYUTLAR** : YPYD, EHY

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**MD.18.1.** Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.

**MD.18.2.** Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.

**MD.18.3.** Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.

**MD.18.4.** Tüm medikal depo malzemeleri için miktar ve son kullanma tarihi yakın olanın daha önce kullanılmasını sağlamak için gerekli tedbirler alınmalıdır.

**MD.18.5.** Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile HBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi TKHK Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Miktar ve Miat Kontrol Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

Tedarikçi firma ile yapılan teknik şartnamelere bakılmalıdır. Genel sekterlik veya bağlı sağlık tesisleri ile tedarikçi firma ile imzalanan teknik şartnamede kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır, bu bildirimler doğrultusunda kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir ibaresi olmalıdır.

Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile tedarikçi firmaya çıkışı yapıldığı ve tedarikçi firmadan gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

3 çeşit ilaç ve tıbbi sarf malzeme depolarda ve çalışma alanlarında son kullanım tarihlerine bakılıp, miktarları sayılmalı, HBYS-MKYS üzerinden de kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihi yakın olan medikal malzemelerin çalışma alanlarında olmasına dikkat edilmelidir.

Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinden 3 örnek alınır fiili miktar ve miadları HBYS’de görülen miktar ve miadlarla karşılaştırılır. Aynı zamanda HBYS’de görülen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinden 3 örnek alınır miat ve miktarları medikal depodaki fiili miktar ve miadlar ile karşılaştırılır.

**KAYNAK:**

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYINLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :**

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

b) İlaç depolarında görevlendirilmiş kişiler; ilaçların evsafına uygun olarak alınması, depolara yerleştirilmesi, miatlarının kontrolü, miadı yaklaşan ve azalan ürünlerin belirlenmesi işlerini yaparlar ve ilgili kayıtları tutarlar. Miadı azalan ürünlerin, ürünleri getiren firma ile görüşülerek değiştirilmesi, daha önce firma tarafından değiştirilmiş ve kullanılmayacak ürünlerin başka sağlık tesisine sevkinden sorumludurlar.

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

6. Taşınır İşlemlerine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Taşınır Mal Yönetmeliğinin 27 inci maddesinin 5 inci fıkrasında; “Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır” şeklinde yer alan hükme istinaden değiştirilecek taşınırlar MKYS üzerinde “Miat Uzatımı Çıkış” işlem türü ile kayıttan düşülür. Çıkış birimi olarak iadenin yapıldığı ilgili firma adı seçilir. İade edilen taşınır yerine alınan uzun miadlı taşınır ise “Miat Uzatımı Giriş” işlemi ile kayıtlara alınır.

# AYNIYAT DEPO

**Soru** : Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?

**SIRA** : 190

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 1

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.1.1** Ayniyat depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalıdır.

**AD.1.2** Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

HBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda HBYS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, ayniyat depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satınalma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyor ise, muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır.

**KAYNAK** :

**Kamu idarelerince yapılabilecek düzenlemeler ile defter ve belgelerin elektronik ortamda tutulması**

**MADDE 11** – (1) Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır.

(2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler.

(3) (Ek: 14/3/2016-2016/8646 K.) Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

**Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği**

Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

**Soru** : Ayniyat dayanaklı taşınır depolarında yapılan H.E.K. işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?

**SIRA** : 191

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 2

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.2.1** Sağlık tesisi yöneticisinden, hurda işlemi ve kurda komisyonu kurulması için onay alınmış olmalıdır.

**AD.2.2** Hurdaya ayrılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

**AD.2.3** Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

**AD.2.4** Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

**AD.2.5** Döner sermaye kaynaklı hurda işlemleri için düzenlenen amortisman çıkış belgesi, ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Belirlenmiş üst yönetici yetki devri limitleri dahilinde; hastane yöneticisi, genel sekreter veya kurum başkanına onaylatılır. Onaya istinaden, taşınırlar “Hurdaya Ayırma” işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKE ve Milli Emlak Müdürlüğü tarafından altı ay içinde teslim alınmayan hurdaların satışı, 2886 Devlet İhale Kanunu'na göre yapılabilir. Hurdaları teslim alan kurum ya da firma yetkilisine, taşınır işlem fişinin teslim alan kısmı imzalatılır. Taşınır işlem fişi, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve (döner sermaye kaynaklı ise) amortisman çıkış belgesi, düzenlenen muhasebe işlem fişinin ekine bağlanarak ilgili muhasebe birimine gönderilir. Taşıtların hurda onayı, 237 Sayılı Taşıt Kanunu'na göre kurum başkanının onayına tabidir. Türk Bayrağı ve resmi mühür gibi özellikli taşınırların H.E.K işlemleri ise; ilgili kanun ve yönetmeliklere göre yapılır. Yıl içinde yapılmış hurda işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

## **KAYNAK :**

### **Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış:**

**MADDE 27 –** (1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşının ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(2) Eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların Türk Bayrağı Tüzüğü'nün 38 inci maddesi uyarınca çıkarılan Eskimiş, Solmuş, Yırtılmış ve Kullanılamayacak Duruma Gelmiş Bayrakların Yok Edilmesi Usul ve Esaslarını Gösterir Yönetmelik hükümleri gereğince ilgili yerlere teslim edilmesinde de birinci fıkra hükmü uygulanır.

(3) Birinci ve ikinci fıkralarda belirtilen hallerde kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı

araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtilir ve 5 inci madde hükmüne göre işlem yapılır.

(4) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Garanti veya sigorta taahhünamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınırlar Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

### **Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış:**

**MADDE 28 –** (1) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmemekle hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri için uzman olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(4) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar harcama yetkilisinin onayı ile kayıtlardan çıkarılır.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı'nın bir nüshası bağlanır.

(7) (Ek: 14/3/2016-2016/8646 K.) İlgili mevzuatı gereğince, kasko sigortası yaptırılmış taşıt ve iş makineleri ile ekipmanın risk sonrası hurdaya ayrılarak kayıtlardan çıkarılması durumunda hurdası, kasko sigortası genel şartlarına dayanılarak sigorta şirketine verilebilir.



Bu durumda rizikonun gerçekleşmesi anındaki gerçeğe uygun değeri sigorta şirketinden tahsil edilir.

**17.02.2017 tarih ve 80981279/809.99/193 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Üst Yönetici Yetkisi ile Sağlık Ulaşım Araçları/Taşıtların HEK, Devir İşlemleri Hk. Yazısı**

1- Kurumumuza bağlı Genel Sekreterlik ve sağlık tesislerine ait Genel Bütçe ve Döner Sermaye kaynaklı taşınırların (sağlık ulaşım araçları ile her türlü taşıtlar ve iş makineleri hariç) Taşınır Mal Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde kayıtlardan çıkartılmasında;

a) Taşınırların ayrı kamu idareleri arasındaki devirlerinde 250.000-TL.'ye (250.000 TL. dahil) kadar,

b) Taşınırların aynı kamu idaresine bağlı harcama birimleri arasındaki devirlerinde 1.000.000-TL.'ye (1.000.000 TL. dahil) kadar,

c) Taşınırların imha, (HEK) hurdaya ayırma ve terkin işlemlerinde 500.000-TL.'ye (500.000 TL. dahil) kadar,

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlerine üst yöneticilik yetkisinin verilmesi, yukarıda belirlenen limitleri aşan işlemlerin ise Kurum Başkanlığımızca yapılması,

2- Kurumumuza bağlı Genel Sekreterlik ve sağlık tesislerine ait Genel Bütçe ve Döner Sermaye kaynaklı sağlık ulaşım araçları ile her türlü taşıtlar ve iş makinelerinin satın alınması, bedelsiz devri, satışı, hurdaya ayırma, imha ve terkin işlemlerinde Maliye Bakanlığınca her yıl yayımlanan Tebliğde belirlenen limitler dahil olmak üzere Taşınır mal Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde Üst Yöneticinin (Kurum Başkanı) onayı ile yapılması.

**Soru : Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene işlemleri, taşınır kayıt yetkilisinin gözetiminde düzenleniyor mu?**

**SIRA** : 192

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 3

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.3.1** Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul ve hizmeti ifa komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi bulunmalı ya da gözetiminde yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Mal alımlarında bir başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Muayene ve kabul komisyonu, öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden oluşturulmalıdır. Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul, hizmeti ifa vb. işlemlerinde, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi bulunmalı ya da mal muayene kabul işlemlerinin taşınır kayıt yetkilisinin gözetiminde yapıldığına dair, muayene kabul ve hizmeti ifa tutanaklarında parafi bulunmalıdır.

**KAYNAK** :

**19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik**

**Madde 6-** (Değişik birinci fıkrâ: RG-22/06/2005-25853) Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya işin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir.

(Değişik ikinci fıkrâ: RG -22/06/2005-25853) Ara denetimi gerçekleştiren personel muayene kabul komisyonlarında görevlendirilebilir. Ancak, muayene ve kabul komisyonlarında görevlendirilen personelin tamamı ara denetimi gerçekleştiren personelden oluşturulamaz.

(Mülga üçüncü fıkrâ: RG-22/06/2005-25853) Özellikleri dolayısıyla kısa sürede nitelikleri değişebilen veya günlük teslimâ konu olan malların muayene ve kabul işlemlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için idareler, muayene ve kabul komisyonunu öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden kurarlar.

**Soru : Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?**

**SIRA : 193**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 4**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY, ÇNE**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.4.1** Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerine; Taşınır Mal Yönetmeliği, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, her yıl genel sekreterliklerde görevli il konsolide yetkilisi tarafından verilmelidir.

**AD.4.2** Eğitimin planı ve içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcılar hakkında kayıtlar olmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerine; depo yönetimi, MKYS kullanıcı ve Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun yapacağı iş ve işlemler hakkındaki eğitimler, her yıl en az bir kez genel sekreterliklerde görevli il konsolide yetkilisi tarafından verilmelidir. Verilen eğitimlerin planı ve içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, taşınırıcıların bu eğitimleri aldığına dair kayıtlar tutulmalıdır.

**Soru** : Teknik servis formlarında, ayniyat dayanıklı taşınırlara ait sicil veya seri numaraları üzerinden işlem yapılıyor mu?

**SIRA** : 194

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 5

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.5.1** Ayniyat dayanıklı taşınırlara uygulanan bakım, onarım vb. işlemler için düzenlenen teknik servis formlarında, ilgili dayanıklı taşınırlara ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Sağlık tesislerinde kullanılan ayniyat dayanıklı taşınırlar; bakım, onarım için teknik servise teslim edildiğinde, teknik servis formlarında hangi taşınıra işlem yapıldığının takibi açısından, ilgili dayanıklı taşınıra ait sicil, seri veya künye numarası bulunmalıdır.

**Soru** : Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve hibe işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?

**SIRA** : 195

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 6

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.6.1** Ayniyat, biyomedikal ve medikal depolara yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.

**AD.6.2** Dilekçeye istinaden, yapılacak bağışın kabul edildiğine dair sağlık tesisi yöneticisinin onay yazısı olmalıdır.

**AD.6.3** Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için, değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

**AD.6.4** Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne ve bir nüshası da bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.

**AÇIKLAMA** :

Bağış yapacak kişinin hastane yöneticiliğine yazdığı, yapacağı bağışın nitelik ve miktarını belirten dilekçesi ilgi tutularak, Mkys giriş kaydı için yöneticiden onay alınmalıdır. Onay yazısına alınan tarih/sayı giriş işleminin dayanağı kabul edilir. Yapılan bağışın fiyatını belirten belge (fatura) yok ise; en az 3 kişiden oluşan değer tespit komisyonu tarafından taşınırların tutarı belirlenmiş olmalıdır. Bağış yapılacak taşınırlar teslim alındığında, “Bağış ve Yardım” işlemi ile kayıtlara alınır. Taşınır işlem fişinin bir nüshası bağış ve yardımı edene, diğer nüshası ise ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü’ne gönderilir. Yıl içinde yapılmış bağış ve hibe işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**KAYNAK :**

**Bağış ve yardım yoluyla edinilen taşınırların girişi**

**MADDE 16 – (1)** Kanununun 40 ıncı maddesi ile diğer mevzuat çerçevesinde bağış ve yardım olarak edinilen taşınırlar teslim alındığında, taşınır kayıt yetkilisi tarafından Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlara alınır. Fişin birinci nüshası bağış ve yardım edene verilir veya gönderilir.

**5018 Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Madde 40: Bağış ve Yardımlar**

Herhangi bir gerçek veya tüzel kişi tarafından, kamu hizmetinin karşılığı olarak veya kamu hizmetleriyle ilişkilendirilerek bağış veya yardım toplanamaz, benzeri adlar altında tahsilat yapılamaz. Kamu idarelerine yapılan her türlü bağış ve yardımlar gelir kaydedilir. Nakdi olmayan bağış ve yardımlar, ilgili mevzuatına göre değerlemeye tâbi tutularak kayıtlara alınır.

**Soru : Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde saymanlık ve defterdarlığa yapılıyor mu?**

**SIRA : 196**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 7**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.7.1** Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, birer aylık dönemlerde ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.

**AD.7.2** Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, üçer aylık dönemlerde ilgili defterdarlık veya mal müdürlüklerine gönderilmelidir.

**AÇIKLAMA :**

Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan her türlü giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen belgelerin, ilgili muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Tüketim çıkış bildirimleri her depo için ayrı ayrı değil, görevlendirilen taşınır kayıt yetkilisi tarafından ilgili dönemlerde tüm depolar olarak alınmalıdır. Döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin

onaylı listesi muhasebe işlem fişi ile birlikte her ay sonu ilgili saymanlığa, genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi (tüketim çıkışı yapılmış ise) üçer aylık (mart-haziran-eylül-aralık sonu) dönemlerde üst yazı ile ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne gönderilmiş olmalıdır. Döner sermaye tüketimlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe tüketimlerinin ise defterdarlık veya mal müdürlükleri tarafından KBS'ye işlenmesi zorunludur.

**KAYNAK :**

**Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi**

**MADDE 30 – (1)** (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, kamu idarelerinin muhasebe kayıtlarında ilgili stok ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırlardan; satınalma suretiyle edinilenlerin giriş işlemleri ile değer artırıcı harcamalar için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde, muhasebe birimine gönderilir. Diğer şekillerde edinilen taşınırların girişleri ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırların çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin birer nüshasının, düzenleme tarihini takip eden en geç on gün içinde ve her durumda malî yıl sona ermeden önce muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ancak aynı muhasebe biriminden hizmet alan, aynı kamu idaresinin harcama birimleri arasında yapılan taşınır devirlerinde, devreden harcama birimince düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez.

(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

**Soru : Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, taşınır teslim belgesi (zimet fişi) mevcut mu?**

**SIRA : 197**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 8**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.8.1** Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimet) işlemleri, MKYS'de güncel olarak yapılmış olmalıdır.

**AD .8.2** Kullanıma verilen dayanıklı taşınır için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.

**AÇIKLAMA :**

Ayniyat dayanıklı taşınır, taşınır istek belgesi ile talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınır, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) düzenlenerek ve karşılıklı imza ile kullanıma verilir. Taşınır teslim belgesinde malzemenin cinsi, miktarı, taşınır kodu belirtilmelidir. Fişin bir nüshası ayniyat dosyasında saklanır, diğer nüshası ise zimmet sahibine verilir. Oda, salon, servis gibi ortak alanlara verilen taşınır, istek yapan birim yetkilisinin veya ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınarak teslim edilir. Kişi veya ortak kullanıma verilen ayniyat dayanıklı taşınırın MKYS'deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır.

**KAYNAK :**

**Dayanıklı taşınırın kullanıma verilmesi**

**MADDE 23 – (1)** Tesis, taşıt ve iş makineleri haricindeki dayanıklı taşınır Taşınır İstek Belgesi düzenlenmek suretiyle talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınır 6/A örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenerek kullanıma verilir.

(2) Kara taşıt ve iş makinelerinin yetkili makamın onayına istinaden yönetiminden sorumlu görevliye veya kullanıcıya verilmesinde ise 6 örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenir.

(3) Kara taşıtlarının dışındaki taşıtların sorumluya veya kullanıcılarına devir ve teslimine ilişkin usul ve düzenlenecek belgeler kamu idarelerince ayrıca belirlenir.

(4) Taşınır Teslim Belgesine dayanılarak Dayanıklı Taşınır Defterine gerekli kayıtlar yapılır. Fişin birinci nüshası dosyasında saklanır. İkinci nüshası Taşınır Teslim Belgesiyle taşınır teslim edilen görevlilere verilir.

(5) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Taşınır; oda, büro, bölüm, geçit, salon, atölye, garaj ve servis gibi ortak kullanım alanlarına Dayanıklı Taşınır Listesi düzenlenmek ve istek yapan birim yetkilisinin ve/veya varsa ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınmak suretiyle verilir.

**Sorumluluk**

**MADDE 5 – (3)** Kamu idarelerine ait taşınırın muhafazası ile görevli olan veya kendilerine kullanılmak üzere taşınır teslim edilen kamu görevlileri bu taşınır en iyi şekilde muhafaza etmek, gerekli bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırmak, veriliş amacına uygun bir şekilde kullanmak ve görevin sona ermesi veya görevden ayrılma halinde iade etmek zorundadırlar.

(4) Kamu görevlilerinin kullanımına verilen dayanıklı taşınır, kullanıcıları tarafından başkasına devredilemez. Kullanıcılarının görevden ayrılması halinde söz konusu taşınırın ambara iade edilmesi zorunludur. Bu şekilde teslim yapılmadan personelin kurumla ilişkisi kesilmez.

(5) Taşınırın muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

(6) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Kullanılmak üzere kendilerine taşınır teslim edilen kamu görevlilerinin kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik ya da dikkatsizlikleri nedeniyle oluşan kamu zararı, değer tespit komisyonu tarafından tespit edilecek gerçeğe uygun değer üzerinden, ilgili mevzuat hükümleri uygulanmak suretiyle tahsil edilir. Ortak kullanım alanına tahsis edilen dayanıklı taşınırlarda meydana gelen kamu zararı ise zararın oluşmasında kasıt, kusur veya ihmali olanlardan tahsil edilir.

**Soru : Satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri düzenlendikten sonra, en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?**

**SIRA : 198**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 9**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.9.1** Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde taşınır işlem fişi düzenlenerek, bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmelidir.

**AD.9.2** TDMS raporlarından, taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün üzerinde olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Satınalma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen taşınır işlem fişlerinin bir nüshasının, düzenleme tarihine müteakip en geç on gün içinde ödeme emri belgesi ekinde muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ayrıca çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış tüm işlem tiflerinin, mali yıl sona ermeden saymanlıklara bildirimini yapılmış olması gerekmektedir. Muhasebe yetkililerinin, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin gönderilen taşınır işlem fişlerini ilgili hesaplara kaydetmek zorundadır. Örneklem usulü seçilen en az üç fatura, muayene kabul, taşınır işlem fişi ve ödeme emri belgesi tarihlerinin uygunluğu kontrol edilir. Ayrıca TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından; taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün üzerinde olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.

**KAYNAK :**

**Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi**

**MADDE 30 – (1)** (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, kamu idarelerinin muhasebe kayıtlarında ilgili stok ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırlardan; satınalma suretiyle edinilenlerin giriş işlemleri ile değer artırıcı harcamalar için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde, muhasebe birimine gönderilir. Diğer şekillerde edinilen taşınırların girişleri ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırların çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin birer nüshasının, düzenleme tarihini takip eden en geç on gün içinde ve her durumda malî yıl sona

ermeden önce muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ancak aynı muhasebe biriminden hizmet alan, aynı kamu idaresinin harcama birimleri arasında yapılan taşınır devirlerinde, devreden harcama birimince düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez.

(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

**Soru : Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) ilgili dönemlerde MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?**

**SIRA : 199**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 10**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.10.1** Saymanlıklara bildiri mi yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumlulu ğu sağlanmış olmalıdır.

**AD.10.2** Defterdarlık veya malmüdürlü ğü'ne bildiri mi yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumlulu ğu sağlanmış olmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Sa ğlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, belirtilen sürelerde muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Döner sermaye işlemlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe işlemlerinin ise; defterdarlık ya da malmüdürlükleri tarafından KBS'ye ilgili dönemlerde işlenmesi zorunludur. Muhasebe birimleri tarafından bildirimlerin ilgili hesaplara doğru şekilde işlenip işlenmedi ğinin kontrolü için, MKYS/TDMS hesap karşılaştırmaları her ay, MKYS/KBS hesap karşılaştırmaları ise üçer aylık dönemlerde taşınır kayıt yetkilileri tarafından yapılmalıdır. İlgili dönemlere II. düzey detay kodu itibarıyla kaydedilmeyen işlemler için, ba ğlı bulunulan muhasebe birimi ile irtibata geçilip, gerekli kayıtların yapılması sağlanmalıdır.

**KAYNAK :**



### **Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi**

**MADDE 30 – (2)** Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

**Soru : Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan, ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?**

**SIRA : 200**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 11**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.11.1** Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.

#### **AÇIKLAMA :**

MKYS'de yapılan malzeme sınıflandırma ya da kod değişikliği çalışmalarından dolayı; ayniyat depo hesap kodlarından çıkartılan taşınırların ilgili ambarlara devredilmesi ya da diğer ambarlardan devri yapılan taşınırların ayniyat depolara girişinin yapılması gerekmektedir. Ambarlar arası devredilecek taşınırlar belirlendikten sonra "Devir-Ambarlar Arası Devir" çıkış işlemi ile ilgili ambarına gönderilir. Devri yapılan taşınırlar sistem üzerinden yeni ambarına "Devir-Ambarlar Arası Devir" giriş işlemi ile kod, miktar ya da tutar değiştirmeden alınır. İlgili hesaplarda ambarlar arası devir farkı oluşmaması için, ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen taşınır işlem fişleri'nde miktar, tutar ve taşınır kodları birebir aynı olmalıdır. Ambarlar arası taşınır devirlerinde taşınır işlem fişleri muhasebe birimine gönderilmez. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenleri Getir ekranından ambarlar arası devir işlem farkı kontrolü yapılır. Ambarlar arası devir farkı var ise; MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından detayına bakılarak hatalı işlemin düzeltilmesi sağlanır. Yıl içinde yapılmış ambarlar arası devir işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

#### **KAYNAK :**

**Devir suretiyle çıkış**

**MADDE 24** – (1) Kamu idarelerince 31 inci madde hükümlerine göre bedelsiz olarak devredilen taşınırların çıkışı Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek yapılır. Fişin bir nüshası taşınırın devredildiği idareye verilir. Devir alan idareden alınan Fiş, düzenlenen Fişin ekine bağlanır.

(2) Aynı kamu idaresinin muhtelif harcama birimlerinin ambarları arasında devredilen taşınırlar için de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir ve Fişin birinci nüshası devredilen harcama biriminin taşınır kayıt yetkilisine verilir.

(3) Aynı harcama biriminin ambarları arasındaki taşınır devirlerinde de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir, ancak bu Fişler muhasebe birimine gönderilmez.

**Soru** : Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

**SIRA** : 201

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 12

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.12.1** Tüm depolarda (aynıyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.

**AD.12.2** Düzeltme işlemlerinde 2. düzey hesap kodlarında değişiklik yapılmış ise; taşınır işlem fişleri ve (döner sermaye kaynaklı ise) amortisman çıkış belgesi ilgili muhasebe birimine (saymanlık/defterdarlık/malmüdürlüğü) gönderilmelidir.

**AÇIKLAMA** :

Sağlık tesisi depolarında pasif kodlarda kayıtlı taşınırlar ile daha önceden girişi yapılmış taşınırın kodu, birim fiyatı veya miktarı sehven hatalı olarak kaydedilmiş ise; hatanın fark edildiği tarihte, hataya ilişkin hususların nedenleri belirtilerek harcama yetkilisinden onay alınmalıdır. Alınan onaya istinaden taşınırlar, “Düzeltilme” çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, doğru taşınır kodu, miktar ve tutar ile “Düzeltilme” giriş işlemi yapılarak yeniden kayıtlara alınır. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltme işlemlerine ilişkin (2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapıldı ise) taşınır işlem fişlerinin bir nüshası ve (döner sermaye kaynaklı ise) amortisman çıkış belgesi ilgili muhasebe birimine gönderilir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş–Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiyeye Düşenleri Getir ekranından düzeltme işlem farkı kontrolü yapılır. Düzeltme farkı var ise; MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından detayına bakılarak hatalı işlemin düzeltilmesi sağlanır. Yıl içinde yapılmış düzeltme işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**KAYNAK** :

**Kayıt hatalarının düzeltilmesi**

**MADDE 39** – (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) (1) Taşınırın kodunda, birim maliyet bedelinde veya miktarında hata yapılması durumunda, harcama yetkilisinin onayı üzerine düzenlenecek yeni Taşınır İşlem Fişiyle hatalı kaydın çıkış işlemi yapılır. Daha sonra düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle de doğru verinin girişi yapılmak suretiyle hata düzeltilir. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltmelere ilişkin Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası muhasebe birimine gönderilir.

(2) Mahsup dönemi sonuna kadar tespit edilen kayıt hataları, ilgili olduğu yılın hesaplarına; daha sonra tespit edilen kayıt hataları ise cari yıl hesaplarına mâledilerek düzeltilir.

**Soru : Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?**

**SIRA : 202**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 13**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.13.1** Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Tüm depolardaki taşınırların stok kontrolleri, taşınır kayıt yetkilisi tarafından düzenli olarak yapılmalıdır. Depolardaki mevcut taşınırların, HBYS’de yapılan işlemlerin MKYS’ye gönderilmesi esnasındaki hatalardan dolayı ya da MKYS’de yapılan işlem hataları sonucunda eksi (-) stoğa düşüp düşmediği takip edilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenleri Getir ekranından, eksi stoğa düşen malzemelerin kontrolü yapılır. Stoğu eksiye düşen malzemeler mevcut ise; MKYS/Dönemsel İşlemler/Stoğu Eksiye Düşenler Listesi’nden malzemelerin detayları incelenerek düzeltilmesi sağlanır.

**Soru : Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS'de depo kayıtları oluşturulmuş mu?**

**SIRA : 203**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 14**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.14.1** Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansması için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

HBYS’de yapılan ve entegrasyonla MKYS’ye gönderilen ya da doğrudan MKYS’de yapılan her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulması gerekmektedir. Depo kayıtları oluşturulmayan giriş işlemlerindeki malzemeler depo stoklarına yansmamaktadır. Her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulup oluşturulmadığının kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılarak depo kayıtları oluşturulmalıdır.

**Soru** : Ayniyat dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkartıldığında, emanet çıkış ve emanet iade işlemi yapılıyor mu?

**SIRA** : 204

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 15

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.15.1** Ayniyat dayanıklı taşınırlar; adli olay, bakım ve onarım için sağlık tesisi dışına çıkartıldığında, MKYS'den emanet çıkışı yapılmalı, taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

**AD.15.2** Ayniyat dayanıklı taşınırlar; geri iade edildiğinde, MKYS'den emanet iade işlemi yapılmalı, taşınır işlem fişleri teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Ayniyat dayanıklı taşınırların; adli olay, bakım ve onarım gibi uygulamalar için sağlık tesisi dışına çıkartılması söz konusu olduğunda, malzeme işlemleri ekranından emanet çıkış işlemi yapılmalı ve düzenlenen taşınır işlem fişinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanmalıdır. Yapılan uygulamalar sonrası, sağlık tesisine geri teslim edilen taşınırlar içinde malzeme işlemleri ekranından emanet iade işlemi yapılarak düzenlenen taşınır işlem fişinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır. Sağlık tesisinin emanet işlemi yapıp yapmadığının kontrolü, MKYS/Listeler/Stok Hareketleri Listesi ekranından ya da MKYS/Giriş-Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılarak ilgili işlem evraklarının kontrolü yapılmalıdır.

**KAYNAK** :

**Kapsam**  
**MADDE 2 –**

(4) Kamu idarelerinin görevleri gereğince herhangi bir işlemin sonuçlanmasına veya bir kararın verilmesine kadar muhafaza edilmek üzere alınan emanet taşınır mallar hakkında özel mevzuatındaki hükümler uygulanır.

**31.03.2015 tarih ve 80981279/809.99/160 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal/ Ayniyat Depo Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı**

Ayniyat dayanıklı taşınırlar bakım, onarım, değişim vb. uygulamalar için sağlık tesisi dışına çıkartılması söz konusu olduğunda MKYS/Malzeme İşlemleri ekranı üzerinden "Emanet Çıkış" işlem türü ile çıkış yapılacak olup; düzenlenen TİF'in teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanmalıdır. Yapılan uygulamalar sonrası sağlık tesisine geri getirilen taşınırlar içinde MKYS/Malzeme İşlemleri ekranı üzerinden "Emanet İade" işlem türünden iade alınacaktır. Düzenlenen TİF'in teslim eden ve teslim alan kısımları imzalanmalıdır.

**Soru : Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 205

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 16

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD 16.1** Sağlık tesisi yöneticisinden düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için onay alınmalı, sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarları, komisyon tarafından belirlenmiş olmalıdır.

**AD 16.2** Biyomedikal dayanıklı taşınırların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.

**AD 16.3** Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmalı ve taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine (saymanlık/defterdarlık/malmüdürlüğü) gönderilmiş olmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Klinik mühendislik hizmetleri kapsamında özellikli sağlık araçlarındaki donanımların kayıt altına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda taşıtlar ile biyomedikal dayanıklı taşınırların, sağlık tesisi yöneticisinden alınan düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için alınacak onaydan sonra, ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacaktır. Daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarındaki donanımların, komisyon marifeti ile edinim yılları dikkate alınarak değerleri belirlendikten sonra, biyomedikal

dayanıklı taşınır deposuna kaydının yapılmış olması gerekmektedir. Özellikle sağlık aracı ise; düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile yeniden ayniyat depoda kayıt altına alınmalıdır. Düzeltme işlemlerinden sonra ayniyat depoya girişi yapılan araç ile biyomedikal depoya girişi yapılan tıbbi donanım tutar toplamalarının, düzeltme işleminden önceki aracın tutarı ile eşit olmalıdır. Düzeltme çıkış ve giriş işlemlerine ait taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmelidir. Özellikle sağlık aracı bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**KAYNAK :**

**13.01.2015 tarih ve 80981279/5458.17 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı**

İlgi (b) yazı ile Genel Sekreterliklerimize bağlı sağlık tesisleri ve özellikle sağlık araçlarında bulunan bahse konu donanımlara ait veri girişlerinin ivedilikle tamamlanması gerektiği bildirilmiş ve veri giriş oranları yayınlanmıştır.

**31.03.2015 tarih ve 80981279/809.99/160 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal/ Ayniyat Depo Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı**

254-01 Karayolu Taşıtları Grubu kodu altında bulunan özellikli sağlık araçları ile bu araçların içindeki biyomedikal donanımların ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacağından (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemine daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarının, Taşınır Mal Yönetmeliğinin 13 üncü maddesinde belirtilen hükümler çerçevesinde; Fiyat Tespit Komisyonu marifeti ile araç içi biyomedikal donanımların değerleri belirlenerek, biyomedikal dayanıklı taşınır depoya "Düzeltilme" giriş ile veri girişi sağlanmıştır. Daha sonra söz konusu özellikli sağlık araçlarının önceki toplam taşıt bedelinden, araç içi biyomedikal donanımlar için belirlenen değer düşürüldükten sonraki kalan değer için ayniyat dayanıklı taşınır depoya "Düzeltilme" çıkış ve "Düzeltilme" giriş işlemi ile yeniden kayıt altına alınacaktır. İlgili saymanlığa giriş/çıkış taşınır işlem fişleri gönderilecektir. Yeni alınacak özellikli sağlık araçlarında ise; taşıt bedeli ile taşıt içi biyomedikal dayanıklı taşınırların bedelleri, düzenlenen faturada ayrı ayrı belirtilmeli ve MKYS kayıtlarının yapılması gerekmektedir.

**Soru : Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapılıyor mu?**

**SIRA : 206**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 17**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY**

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.17.1** Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

**AD 17.2** Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

**AD .17.3** MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet alımı araç verileri ile Maliye Bakanlığı TBS (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) verileri uyumlu olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA :**

Genel sekreterlikler ve sağlık tesislerinde kullanılan demirbaş araçlar ile hizmet ve taşıma amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması, gerekli analizlerin yapılabilmesi için, MKYS Ulaşım Araçları ekranına; ruhsat ve hizmet alımı sözleşme bilgilerine uygun olarak, araç bilgileri ve teknik özelliklerinin girişinin yapılmış olması gerekmektedir. Ayrıca MKYS Ulaşım Araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet aracı verileri ile Maliye Bakanlığı Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS)/Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi'ndeki (TBS) verilerle uyumlu olmalıdır. Demirbaş ya da hizmet alımı araç mevcut değil ise, soru kriterine göre muaf tutulmalıdır.

#### **KAYNAK :**

**20.03.2015 tarih ve 36385208.949.5461/524 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Taşıtların MKYS Ulaşım Araçları Ekranına Tanımlanması Hk. Yazısı**  
Kurumumuz Kamu Hastaneleri Birlikleri ve bağlı sağlık tesislerinin envanter (demirbaş) kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması daha iyi kontrol, analiz ve ölçülebilir duruma gelmesi amacıyla taşıtların künye tasarımı çalışması tamamlanmıştır. Bu konuda, Malzeme Kaynakları Yönetim Sisteminde (MKYS) "Ulaşım Araçları" ile "Demirbaş ve Hizmet Alımı" ekranları bilgi girişine açılmış olup, söz konusu ekranlara Karayolu Taşıtlar Grubu 254-01 taşıtır hesap kodunda bulunan demirbaş envanterindeki araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların; araç türü, marka model, motor hacmi, kilometre, yakıt türü, hizmet amacı, bulunduğu yer, hizmet alım ve garanti, trafiğe çıkış tarihi, muayene, sigorta yılı gibi bilgiler ve teknik özelliklerinin girişinin yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda, Genel Sekreterlik ve bağlı sağlık tesisinin envanter kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların, özelliklerinin ruhsat bilgilerine uygun şekilde yazımız ekinde yer alan MKYS Ulaşım Araçları Kılavuzu'nda belirtilen talimatlar doğrultusunda girişleri yapılmalıdır.

**30.05.2016 tarih ve 74892797-220.06.02-10101 sayılı Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi (TBS) Hk. Yazısı**

5018 sayılı Kanun kapsamındaki kamu idareleri ile 16 Eylül 2015 tarihli ve 29477 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Genel Yönetim Mali İstatistikleri" konulu Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel Tebliği (Sıra No: 46) ekinde yer alan diğer kurumların, taşıt yönetimi sürecinde kaynaklarını etkili, ekonomik ve verimli kullanmasını sağlamak amacıyla, taşıt envanterinin çıkarılması, takibinin yapılması ile maliyetlerini izlemek üzere karar mercilerine etkili karar desteğinin verilmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda; söz konusu Sistemi kullanacak kamu idaresi personelinin yetkilendirilmesi gerekmekte olup; a) Raporlama ve konsolidasyon işlemlerini yapmak üzere "Taşıt Kurum Kullanıcısı", b) Taşıtlara ilişkin veri giriş işlemleri için "Taşıt Veri Giriş Görevlisi", rolleri belirlenmiştir. Bu çerçevede; KBS üzerinde (www.kbs.gov.tr/TBS) yer alan TBS'de, taşıt sahibi harcama birimlerince gerekli verilerin girilmesi ve kurum bazında raporlamaların yapılabilmesi amacıyla görev yapacak personelin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerinden; merkezi yönetim kapsamında olanlar kendi muhasebe birimlerine, mahalli idareler ile adı geçen Tebliğ ekinde yer alan diğer kurumlar mali istatistik yönünden ilişkili oldukları muhasebe birimlerine, sosyal güvenlik kurumları ise

defterdarlık muhasebe müdürlüklerine resmi yazıyla başvurmak suretiyle, Sistemi kullanacak personelin yetkilendirilmesini sağlamaları ve veri girişlerini 31.07.2016 tarihine kadar tamamlamaları gerekmektedir.

**Soru** : Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?

**SIRA** : 207

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 18

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.18.1** Ayniyat dayanaklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Sağlık tesisinin ayniyat dayanaklı taşınır deposunda kayıtlı olan ancak şuan kod değişikliklerinden dolayı ayniyat dayanaklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin (sedye, yatak, tekerlekli sandalye, tıbbi cihaz, cihazlara ait yedek parçalar, cerrahi el aletleri vb.), ambarlar arası devir veya düzeltme işlemi ile uygun depolara devirlerinin yapılmış olması gerekmektedir. Karar Destek Sistemleri (İş Zekası)/Kumanda Tabloları/Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi/Dayanaklı Taşınır Sorgulama ekranından, ilgili parametreler doldurularak ayniyat dayanaklı taşınır depoda bulunmaması gereken malzemelerin kontrolü yapılmalıdır.

**KAYNAK** :

**29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanaklı Taşınırlar Hakkında Konulu Genel Yazı** Dayanaklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanaklı taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir. Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanaklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde (1. 12. 18.) yer alan hükümlere istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır.



**Soru** : Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?

**SIRA** : 208

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 19

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.19.1** Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde; taşınırın adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA** :

Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilmek zorundadır. Ayniyat demirbaş depo envanterinde kayıtlı bulunan ve zimmetle kullanıma verilen taşınırların üzerinde, MKYS’de kayıtlı malzeme adı, sicil, seri veya künye numaralarını gösteren etiketler mevcut olmalıdır.

**KAYNAK** :

**Dayanıklı taşınırların numaralanması**

**MADDE 36** – (1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.

**Soru** : Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

**SIRA** : 209

**BÖLÜM ADI** : AYNİYAT DEPO

**BÖLÜM SIRA NO** : 20

**BOYUTLAR** : YPYD, AHY, EKÖ, TGY

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR** :

**AD.20.1** Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

**AD.20.2** Malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri, devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

**AD.20.3** Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

**AD.20.4** Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.

**AD.20.5** Güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.

#### **AÇIKLAMA :**

Malzeme güvenliğini etkileyecek depo alanları fiziki koşullarının uygun olması gerekmektedir. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz olmalıdır. Atık su ve kalorifer gibi boruların görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı sağlanmalıdır. Taşınırların nemlenme ve ıslanmaya karşı, duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Rafların devrilmeye karşı, birbiri ile ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir. Kapı ve pencere camları kırık olmamalı, sineklik vb. gibi önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır. Depolar, hastane ihtiyacını karşılayacak büyüklük ve yeterlilikte olmalıdır. Malzeme karışıklığının önlenmesi için, güncel malzeme yerleşim listesi ve depo raf krokileri bulunmalıdır.

**KAYNAK :**

#### **Sorumluluk**

**MADDE 5 – (1)** (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Harcama yetkilileri taşınırların etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak edinilmesinden, kullanılmasından, kontrolünden, kayıtlarının bu Yönetmelikte belirtilen esas ve usullere göre saydam ve erişilebilir şekilde tutulmasını sağlamaktan sorumludur. Harcama yetkilileri taşınır kayıtlarının bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak tutulması ve taşınır mal yönetim hesabının hazırlanması sorumluluğunu taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri aracılığıyla yerine getirir.

(2) Harcama yetkilileri, taşınırlara ilişkin işlem ve kayıtların usule uygun olarak yapılıp yapılmadığını kontrol etmeye veya ettirmeye; kasıt, kusur veya ihmali sonucu kırılan, bozulan veya kaybolan taşınırların ilgililerden tazmini için gerekli işlemleri yapmaya veya yaptırmaya yetkilidir.

(5) Taşınırların muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

**Soru : Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?**

**SIRA : 210**

**BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO**

**BÖLÜM SIRA NO : 21**

**BOYUTLAR : YPYD, AHY, TGY**

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :**

**AD.21.1** Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

**AD.21.2** Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

**AD.21.3** Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

**AD.21.4** Elektrığe bağılı yaşanan tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

## **AÇIKLAMA :**

Depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle, depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır. Hırsızlık için gerekli kamera sistemleri ve demir parmaklık vb. gibi önlemler alınmalıdır. Yangın tehlikesine karşı merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri gibi önlemler bulunmalıdır. Su basması ve sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

## **KAYNAK :**

### **Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri**

**MADDE 6** – (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) (4) Taşınır kayıt yetkililerinin görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

d) Taşınırların yangına, ıslanmaya, bozulmaya, çalınmaya ve benzeri tehlikelere karşı korunması için gerekli tedbirleri almak ve alınmasını sağlamak.

e) Ambarda çalınma veya olağanüstü nedenlerden dolayı meydana gelen azalmaları harcama yetkilisine bildirmek.

ı) Ambarlarında kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumlu olmak.

# KLİNİK MÜHENDİSLİK

**SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?**

**SIRA** : 211  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.1.1.** Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirimini amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)

**KM.1.2.** KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

**KM.1.3.** KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılan yazılımların uygunluk belgesi kontrolü esastır. Mükerrer kayıtların önlenmesi, iş yükünün azaltılması ve kontrollü bilgi akışının sağlanabilmesi için KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) uygunluğu sağlanmalıdır.

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılmayan, sadece arıza bildirimini amacıyla kullanılan yazılım/bilgi yönetim sistemleri bu sorudan muaf tutulmalıdır.

Bakılacak unsur kontrol edilirken kayitnescil.saglik.gov.tr adresinin diğer yazılımlar kısmında ilgili yazılımın KMBYS alanında aktif olup olmadığı kontrol edilir.

KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

Sağlık tesisinde KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) kullanılması durumunda kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.

**KAYNAK:**

20.09.2013 tarih ve 809 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri konulu genel yazı, 29.11.2013 tarih ve 4608 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri Entegrasyon Başvuruları konulu genel yazı.

07.07.2015 tarih ve 11756578 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri konulu 2015/17 Genelgesi.

13.08.2015 tarih ve 12658043 sayılı Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimsel Uygunluk Değerlendirmesi Hakkında konulu yazı.

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS' de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?**

**SIRA** : 212  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.2.1.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS' de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.

**KM.2.2.** Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Her biyomedikal dayanıklı taşınıra MKYS üzerinden tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgilerinin sisteme girilmesi ile birlikte tekil bir künye numarası atanır. Künye numarası oluşturulan dayanıklı taşınırlarla ilgili bu bilgilerin ve künye numarasının bulunduğu karekod oluşturulur. Bu karekodun üzerinde bulunduğu etiket, ilgili dayanıklı taşınırın üzerinde bulunmalıdır. Bu etiketlerin içerdiği bilgiler cihaz bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

**KAYNAK:**

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Dayanıklı taşınırların numaralanması

MADDE 36 – (1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.”

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

## Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

### “Biyomedikal Depo Yönetimi

1. Depo kaydı yapılmamış veya zimmet işlemi uygulanmamış biyomedikal dayanıklı taşınırların sağlık hizmet sunumunda kullanılması, devredilmesi, teknik hizmete ve emanete verilmesi engellenmeli; bu taşınırların klinik, servis, ameliyathane gibi sağlık hizmet sunum alanlarında kullanımından önce depo kaydı ve zimmet işlemi yapılmalıdır.
2. Envanterde kayıtlı veya hizmet alımı yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırların, görünür en az bir yüzeyine, MKYS künye numarası ve kare kodunun yer aldığı etiket iliştilmelidir.
3. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan etiketlerin yıpranması, bozulması, okunamaz hale gelmesi gibi durumlarda etiketler yenilenmelidir.
4. Biyomedikal depo kapsamındaki malzemelerin kullanımı, muhafazası, koruyucu bakımı ve teknik servis faaliyetleri ile ilgili eğitimler planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.”

**SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapıyor mu?**

**SIRA** : 213  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

### DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**KM.3.1.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

**KM.3.2.** Evde sağlık kapsamında kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi “evde sağlık” olmalıdır.

**KM.3.3.** Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif kullanımda biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)

### AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri (tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgileri) doğru şekilde yapılmalıdır.

Evde sağlık kapsamında kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazının Ek Cihaz Durum Açıklamaları kısmında yer aldığı şekilde “evde sağlık” olmalıdır.

Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır. Sağlık tesisinde biyomedikal taşınır kayıt yetkilisi olup ayrıca tıbbi hizmet birimlerinde de aktif olarak görev yapan kişilerin bulunduğu sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**KAYNAK:**

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazı

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

**SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?**

**SIRA** : 214  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.4.1.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde bulunan hizmet alım biyomedikal dayanıklı taşınırların doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım üzerinden girilen veri girişleri (hizmet türü-tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka-model-seri no-üretim yılı-tedarik türü-sözleşme tarihi- tedarikçi vergi no- sorumlu kurum personeli) doğru şekilde yapılmalıdır.

**SORU: Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?**

**SIRA** : 215  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH



## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.5.1.** Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

**KM.5.2.** Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

**KM.5.3.** Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi, tedarik edilen malzemenin sağlık tesisi içerisindeki yönetimini sağlayacak olan ve biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile tüketim malzemeleri hakkında teknik bilgiye sahip olan personeldir. Bu personelin tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim işlemleri sırasında görevlendirilmesi gerekmektedir.

## **KAYNAK:**

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan hizmet alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan mal alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan danışmanlık alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

04.03.2009 tarih ve 27159 sayılı resmi gazetede yayınlanan yapım işleri muayene ve kabul yönetmeliği

“Muayene ve kabul komisyonlarının kuruluşu

Madde 5- Muayene ve kabul komisyonları, yetkili makam tarafından, biri başkan olmak üzere en az üç (3) kişiden oluşturulur. Hizmetin önemi ve özelliği dikkate alınarak komisyonun üye sayısı, toplam sayı tek olmak üzere yeteri kadar arttırılabilir.

Bu komisyonlarda görevlendirilecek olanların tamamının danışmanlık konusu hizmetin uzmanı olması zorunludur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya hizmetin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir.”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?**

**SIRA** : 216  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : KMH, YPYD, ÇNE

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.6.1.** Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.

**KM.6.2.** Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele yönelik verilen teknik servis eğitimlerin dokümanları bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinin Eğitim Birimleri ve Klinik Mühendislik Birimlerinin birlikte organize ettiği kullanıcı eğitimleri düzenlenmelidir. Bu eğitimler biyomedikal dayanıklı taşınır kullanıcılarının değişmesi durumunda ve yeni işe başlayışlarda düzenlenmelidir. Yeni tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait eğitimler ise firma tarafından da verilebilir. Kayıtlar hem eğitim alan personelde, hem eğitim birimlerinde, hem de Klinik Mühendislik Birimlerinde bulunmalıdır. Klinik Mühendislik Birimleri ayrıca bu eğitimlere ait eğitim dokümanlarını da bulundurmaktadır.

Sağlık tesisi tarafından tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik servis eğitimleri ilgili firma tarafından Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilmelidir. Bu eğitime ait kayıtlar ve dokümanların sadece Klinik Mühendislik Birimlerinde bulunması yeterlidir.

**KAYNAK:**

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik hizmetleri hakkında konulu genel yazı.

“D. 1. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir.”

**SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına Yönelik Eğitim Dokümanları Mevcut mu?**

**SIRA** : 217  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : KMH, YPYD, ÇNE

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.7.1.** Genel Sekreterlik Klinik Mühendislik Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

**KM.7.2.** Genel Sekreterlik Klinik Mühendislik Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Genel Sekreterlik Klinik Mühendislik Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik birim sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu, Tıbbi cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkındaki Yönetmelik hakkında eğitim verilmelidir.

Genel Sekreterlik Klinik Mühendislik Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik birim sorumlularına TS 13703, TS 12426 teknik servis standartları, tıbbi cihaz satış reklam ve tanıtım yönetmeliği, tıbbi cihaz yönetmeliği, tıbbi cihazların mkys kayıtları ve titubb tebliği hakkında eğitim verilmelidir.

**KAYNAK:**

06.12.2016 tarih ve 1196 sayılı Uluslararası Standartlara Erişim Yetkisi Hakkında konulu genel yazı.

“Sağlık tesislerimizde yürütülen hizmetlere yönelik, metroloji faaliyetleri, teknik hizmetler, kalite sistemleri, bilişim sistemleri gibi birçok alanda kullanılan uluslar arası standartların edinimine ihtiyaç duyulmaktadır. Dünya Bankası finansman desteği ile Kurumumuz tarafından yürütülen “Kamu Hastanelerinde Yenilikçi Sağlık Yönetimi Projesi” kapsamında Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından yayınlanan standartlara erişim yetkisi edinilmiştir.

Stok Takip ve Analiz Daire Başkanlığı’ nın koordinasyonunda Genel Sekreterliklerimizde görevli Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına erişim yetkisi tanımlanmıştır. Buna göre Birim Sorumlularının MKYS kullanıcı adı ve şifresi ile <http://sbu2.saglik.gov.tr/spp/> internet adresinden giriş yaparak standart talebinde ve standart erişiminde bulunabileceklerdir.”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?**

**SIRA** : 218  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : KMH, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.8.1.** Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

**KM.8.2.** Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’ de güncel olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisinde kullanılan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların cihaz bazlı arıza bildirimleri, arızada kalma süreleri ve yapılan onarım işlemleri ile ilgili evraklar tutulmalıdır.

Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızalı olma durumlarına yönelik bilgiler MKYS’ de güncel olmalıdır.

**KAYNAK:**

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı.

“C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

- Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
- Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

- Devir faaliyetleri
- Stok kontrol faaliyetleri
- HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
- Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
- Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

**SORU: Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?**

**SIRA** : 219  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.9.1.** Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) mevcut olmalıdır.

**KM.9.2.** Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

**KM.9.3.** Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Aktif çalışma süresi, bir cihazın belirli bir periyotta toplam kullanılabileceği süreden arızada kaldığı sürenin çıkartılmasıyla elde edilir. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışma süresinin toplam süreye oranı %95 olmalıdır. Bu oranın belirlenebilmesi için her biyomedikal dayanıklı taşınırların arızada kaldığı süre yazılım/bilgi yönetim sistemleri üzerinde veya matbu formda kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet alım ve teknik hizmet sözleşmesi olan biyomedikal dayanıklı taşınırlarda aktif çalışma süresi oranının %95'in altında olması durumunda tedarikçilere sözleşme hükümlerince yaptırım uygulanır.

#### **KAYNAK:**

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“Performans ve Verimlilik Yönetimi

1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışabilirlik süresi takip edilmelidir.”

**SORU: Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?**

**SIRA** : 220  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.10.1.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır kullanılamaz durumda olduğunda (arızalandığında, çalıştırılmadığında vb.) ilgili birimdeki kullanıcının yapması gerekenlerle ilgili yazılı bir düzenleme, bir iş akışı bulunmalıdır. Bu düzenlemelerde ilgili personelin önce elektrik prizi kontrolü, cihazın çalıştırılıp çalıştırılmadığının kontrolü gibi teknik servise haber vermeden önce yapması gerekenler, sonrasında problemin devam etmesi halinde iletişime geçmesi gereken birim bilgileri bulunmalıdır.

**SORU: Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?**

**SIRA** : 221  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : KMH, YPYD

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.11.1.** Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman ilgili servislerde bulunmalıdır. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar bu kapsamda hastalara kullanıma verileceği durumlarda kullanıcılar bilgilendirilmeli ve bu yazılı dokümanlar kullanıcılara verilmelidir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara biyomedikal dayanıklı taşınır verilmeyen sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?**

**SIRA** : 222  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.12.1.** Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

**KM.12.2.** Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

**KM.12.3.** Periyodik bakımı yılda bir olan biyomedikal dayanıklı taşınırların bakım tarihi ölçümleme (metroloji) tarihinden önce olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Periyodik teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırların söz konusu işlemler ile ilgili yıllık planları yapılmalıdır.

**SORU: Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?**

**SIRA** : 223  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 13  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.13.1.** Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.

**KM.13.2.** Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

**KM.13.3.** Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

**KM.13.4.** Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriğinde, kullanılan biyomedikal tüketim malzemeleri ve hizmet (işçilik) bedeli ayrı ayrı olmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Teknik hizmet alım süreci, bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile hizmet yeterliliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Bu kapsamda biyomedikal dayanıklı taşınırlar için alınan tüm teknik hizmetlere ait fatura içeriklerinin Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olması gerekmektedir.

Teknik hizmet faturaları teknik hizmet alınan dayanıklı taşınıra ne tür bir teknik hizmet alındığını, ilgili cihaz / cihazların künye numarası bilgisini, işlem başı fiyatlandırmayı içermelidir. Faturada bulunan bu bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına eksiksiz kaydedilmelidir.

Rutin bakım, arıza, onarım teknik hizmetlerinde kullanılan biyomedikal tüketim malzemeleri ile hizmet (işçilik) bedelleri aynı fatura içerisinde yer alması durumunda her 2 (iki) maliyet kaleminin ayrı kalemler olarak ücretlendirilerek ilgili mevzuata uygun yasal kesintileri belirtilmelidir.

## **KAYNAK:**

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

“2. Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranı

Biyomedikal teknoloji niteliğindeki cihaz ve sistemlere yönelik tedarik edilen teknik hizmetlere ait bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Ekranı üzerinden sisteme girilecektir. Bu teknik hizmetler 6 ana başlıkta toplanmış ve sistem üzerinden farklı varyasyonları ile 26 hizmet sınıfında tanımlanmıştır.

1. Bakım hizmetleri
2. Onarım hizmetleri
3. Ölçümleme hizmetleri
4. Kurulum / söküm hizmetleri
5. Yenileme hizmetleri
6. Bilgi yönetim hizmetleri

Böylece biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan tüm teknik faaliyetler kayıt altına alınacak ve teknik hizmetlere bağlı gizli maliyetler kontrol altına alınmış olacaktır.”

**SORU: Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?**

**SIRA** : 224  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 14  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.14.1.** Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.



**KM.14.2.** Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA :**

Her bir biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan teknik hizmet MKYS' den her bir biyomedikal dayanıklı taşınır için tekil üretilen künye numaraları ile takip edilir. Bu biyomedikal dayanıklı taşınırlara yapılan teknik hizmetin takip ve analizinin yapılabilmesi için ölçümleme raporları ve servis formları üzerinde müdahalenin yapıldığı biyomedikal dayanıklı taşınırın künye numarası yer almalıdır.

**SORU: Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?**

**SIRA** : 225  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 15  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.15.1.** Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat edilmeli, refakat ettiğine ilişkin kayıt bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere kurum personeli tarafından refakat edilmelidir. Refakat edecek personel tercihen teknik hizmet personeli olmalıdır. Ancak sağlık tesisinin yeterli personeli olmaması durumunda ilgili cihazın zimmetli olduğu kişi, cihazın bulunduğu servisin sorumlu sağlık personeli gibi kişiler refakat edebilir. Kurum personelinin hizmeti sunan kişilere refakat ettiğine ilişkin rapor/form üzerinde kayıt altına alma imkânı bulunmaması durumunda ise hizmeti sunan kişiler ve ilgili kurum personelinin imzalarının bulunduğu tutanaklar düzenlenmelidir.

**SORU: Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?**

**SIRA** : 226  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 16  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**KM.16.1.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.

**KM.16.2.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

**KM.16.3.** Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, görüntüleme, nükleer tıp, radyoterapi, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

## AÇIKLAMA :

Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri sonucunda düzenlenen her rapor ve etiket kılavuzun Ek-1’inde belirtilen format ve gereklerine uygun olmalıdır. Ayrıca biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında çalıştırılan personel mevzuata uygun nitelikte olmalı, bu kapsamda hizmet sağlayan referans donanımlar standartlara uygun olmalıdır.

## KAYNAK:

27.10.2014 tarih ve 519 sayılı Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri konulu genel yazı.

**SORU: Validasyon Hizmeti kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 227  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 17  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

## DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

**KM.17.1.** Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)

**KM.17.2.** Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)

**KM.17.3.** Temiz oda - özellikli ünitelerin validasyon işlemleri kapsamında kullanılan referans donanımların niteliği mevzuata uygun olmalıdır. (Ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon ve özellikli üniteler ayrı ayrı değerlendirilecektir.)

**AÇIKLAMA:**

Validasyon Hizmetleri sonucunda düzenlenen her rapor ve etiket kılavuzun Ek-1’inde belirtilen format ve gereklerine uygun olmalıdır. Ayrıca Validasyon hizmetleri kapsamında çalıştırılan personel mevzuata uygun nitelikte olmalı, bu kapsamda hizmet sağlayan referans donanımlar standartlara uygun olmalıdır.

**SORU: Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine Veri Girişi Yapılıyor mu?**

**SIRA** : 228  
**BÖLÜM ADI** : KLİNİK MÜHENDİSLİK  
**BÖLÜM SIRA NO** : 18  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**KM.18.1.** Klinik Mühendislik Hizmetleri personelinin (hizmet alım personeli de dahil olmak üzere) verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine girilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri alanında çalışan (kadrolu, hizmet alım) personelinin Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu üzerinden veri girişlerinin yapılması gerekmektedir.

**KAYNAK:**

30.01.2017 tarih ve 38218639 barkod numaralı Klinik Mühendislik Hizmetleri İnsan Kaynağı Çalışması konulu genel yazı.

# **BIYOMEDİKAL DEPO**

**SORU: Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi' nden alınıyor mu?**

**SIRA** : 229  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 1  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.1.1.** Biyomedikal depolarında yapılan giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb. işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS' den alınmış olmalıdır.

**BD.1.2.** Taşınır işlem fişlerinin teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

HBYS' de yapılan ve entegrasyon ile MKYS' ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda HBYS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, biyomedikal depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satın alma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyorsa muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır.

**KAYNAK:**

**Kamu idarelerince yapılabilecek düzenlemeler ile defter ve belgelerin elektronik ortamda tutulması**

MADDE 11 – (1) Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır.

(2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler.

(3) (Ek: 14/3/2016-2016/8646 K.) Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

**Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği**

Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

**SORU: Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine yönelik eğitim dokümanları mevcut mu?**

**SIRA** : 230  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 2  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.2.1.** Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.

**BD.2.2.** Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimleri tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.

**AÇIKLAMA:**

Biyomedikal dayanıklı taşınırların tanıtıldığı, biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerinin malzeme bilgisinin geliştirildiği teknik eğitimler Klinik Mühendislik Birimi ve Eğitim Birimi tarafından ortak olarak yıllık plan içerisinde, periyodik olarak düzenlenmelidir.

Ayrıca Klinik Mühendislik alanına özel kullanılan Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetim Ekranı, Teknik Hizmet Yönetim Ekranı ve Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranının da eğitimlerinin de verilmesi gerekmektedir.

Bu eğitimleri hastane bünyesinde bulunan Klinik Mühendislik sorumlusunun verebileceği gibi Genel Sekreterlik bünyesinde bulunan Klinik Mühendislik Birimi sorumlusu ya da çalışanları da verebilir. Eğitimler her bir Taşınır kayıt Yetkilisi' ne yılda en az bir kere olmak üzere, mevzuat ve uygulamada yapılan güncellemelerin hemen verileceği şekilde organize edilmelidir.

**KAYNAK:**

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

“D. 1. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir.”

**SORU: İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınır ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?**

**SIRA** : 231  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 3  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.3.1.** İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınır ile ilgili tuttuğu veriler ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.

**BD.3.2.** Sağlık tesisinin mevcut durumu ile biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinin mevcut biyomedikal dayanıklı taşınır verilerini bildirdiği iki farklı bilgi yönetim sistemi mevcuttur. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'ne (TSİM) dayanıklı taşınır verileri istatistik birimleri tarafından bildirilirken, MKYS dayanıklı taşınır verileri Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından girilir. TSİM üzerinden ulaşılan biyomedikal dayanıklı taşınırın özellikleri ve sayılarının depo kayıtlarını içeren MKYS bilgileri ile doğrulanması gereklidir.

Burada dikkat edilmesi gereken husus TSİM üzerinden girilen cihaz sayısı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan TSİM uygulama rehberinde belirtildiği gibi "Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemleri başlatılmış cihazların veri girişleri yapılmamalıdır. MKYS'de ise cihazların aktif, pasif ve arızada olma durumları takip edilir, ancak tüm hepsi depo kayıtlarında mevcuttur. Yani kontrol edilirken MKYS'de bulunan aktif ve pasif cihaz sayıları ile TSİM'de kayıtlı cihaz sayılarının tutarlı olması beklenmektedir.

TSİM ve MKYS cihaz sayılarının kontrolünde aşağıdaki TSİM cihaz başlıklarından en az 3 (üç) tanesi örneklem olarak kontrol edilecektir:

S.NO	TSİM ADI
1	Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen, Seyyar Röntgen
2	USG, Doppler USG, Ekokardiyografi
3	Bilgisayarlı Tomografi
4	MR
5	Kemik Dansitometre
6	Mamografi
7	Anjiyografi

8	Ameliyat Mikroskobu
9	Defibrilatör
10	EEG
11	Eforlu EKG
12	Tansiyon Holter, Ritim Holter
13	EMG
14	ESWL
15	ESWT
16	Faco
17	Laser Excimer
18	Kalp Akciğer Pompası
19	NST
20	Odiometre
21	Otorefraktometre
22	Spirometre
23	Krioterapi Cihazı
24	Kemoterapi Hazırlama Cihazı
25	Puva
26	Fototerapi Cihazı
27	Lineer Accelerator
28	CT Simülator
29	Cyberknife
30	Brakiterapi
31	Gamma Kamera
32	SPECT-CT
33	PET-CT/PET
34	Tomoterapi
35	Tiroid Uptake Cihazı

#### **KAYNAK:**

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

##### “1.1 Dayanıklı Taşınır Bilgileri Modülü

Bu veri girişlerinde 253-03-04, 253-03-05, 253-03-06, 253-03-08, 255-01-05 hesap kodları ve maddi olmayan duran varlıkların yer aldığı 267 hesap kodlarında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırların verilerinin girilmesine öncelik verilecektir. Modül içerisinde yer alan “Biyomedikal Teknoloji Türü” ve “Biyomedikal Teknoloji Tanımı” içerisinde tanımlanmış taşınırların Kamu Hastane Birliklerinde, birliklere bağlı sağlık tesislerinde, özellikle sağlık araçlarında, sağlık tesislerine bağlı tüm depo ve ambarlarda bulunan cihaz, ekipman ve sistemlerin dayanıklı taşınır niteliğinde takibi için devirler ilgili depo sorumlusu Taşınır Kayıt Yetkililerince gerçekleştirilir.”

Haziran 2016 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü TSİM Uygulama Rehberi

##### “1.8. Görüntüleme ve Diğer Tıbbi Cihazlar Sekmesi



Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemi başlatılmış cihazlar bu alana eklenmemelidir.”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?**

**SIRA** : 232  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 4  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.4.1.** Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

**BD.4.2.** Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların (yemek masaları, etajerler gibi) uygun depolara devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalıdır.

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin (röntgen tüpü, endoskopi teleskobu gibi) uygun depoya devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalıdır.

#### **KAYNAK:**

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

“Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanıklı taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir.

Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgi maddelerinde (1. 12. 18.) yer alan hükümlere istinaden Taşınır kayıt Yetkilileri (demirbaş

ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır kayıt Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır.”

**SORU: Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?**

**SIRA** : 233  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 5  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.5.1.** Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi “Özellikli Sağlık Aracı olmalıdır.”

**AÇIKLAMA:**

Özellikli sağlık araçlarının (acil müdahale arabası, hasta nakil ambulansı, ambulans uçak, ambulans motor, paletli ambulans, evde sağlık aracı gibi) tek kalemde taşıt olarak kayıt altına alınmaması; biyomedikal dayanıklı taşınırların ayrı, taşıtların ayrı kayıt altına alınması gereklidir.

Sağlık araçları 254-01 Karayolları Taşıtları Grubu altında kayıt altına alınmaktadır. Sağlık tesisinin depo kayıtlarında özellikli sağlık araçlarının bulunup bulunmadığı bu kod üzerinden bakılabilir. Sağlık aracı olmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf olacaktır. Eğer özellikli sağlık aracında kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır var ise MKYS’de kullanım yeri “özellikli sağlık aracı” olarak kaydedilmiş olması gerekmektedir.

Bu işlemler “Özellikli Sağlık Araçlarındaki Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Depo Kayıt Talimatına” göre yapılmalıdır.

**KAYNAK:**

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Taşınırların kaydı

MADDE 12 – (1) Kamu idarelerince bütün taşınırların ve bunlara ilişkin işlemlerin kayıt altına alınması esastır. Taşınır kayıtları, yönetim hesabı verilmesine esas olacak şekilde tutulur. Her bir kaydın belgeye dayanması şarttır.”

**SORU: Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depolarında Yapılan H.E.K. işlemleri, yönetmeliklere uygun yapılıyor mu?**

**SIRA** : 234  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 6  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.6.1.** Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK' e ayrılmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.

**BD.6.2.** Faydalı ömrünü tamamlamış biyomedikal dayanıklı taşınırların HEK'e ayrılması işlemi Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır. HEK' e ayrılması için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmelidir.

**BD.6.3.** Sağlık tesisi yöneticisinden, hurda işlemi ve kurda komisyonu kurulması için onay alınmış olmalıdır.

**BD.6.4.** Hurdaya ayrılmış biyomedikal dayanıklı taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

**BD.6.5.** Hurdaya ayrılmış biyomedikal dayanıklı taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

**BD.6.6.** Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

**BD.6.7.** Döner sermaye kaynaklı hurda işlemleri için düzenlenen amortisman çıkış belgesi, ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

**BD.6.8.** Biyomedikal tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadıklarının belirlenmesine ve kullanım dışı bırakılması işlemi, Biyomedikal Tüketim Malzemelerinin Kullanım Dışı Bırakılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin kullanıma uygun olmadığı durumlarda (dayanıklı taşınırlar için sürekli arızalanma, tamiri yapılamama, tüketimler için varsa miadının dolması gibi) ne tür işlemlerin yapılacağı ile bu işlemleri kimin yapacağını belirlemenin gerekmektedir. Yapılacak bu iş ve işlemler ile ilgili yazılı bir prosedür ve/veya talimat bulunmalıdır.

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen biyomedikal dayanıklı taşınır için harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen biyomedikal dayanıklı taşınır için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Belirlenmiş üst yönetici yetki devri limitleri dahilinde; hastane yöneticisi, genel sekreter veya kurum başkanına onaylatılır. Onaya istinaden, taşınır “Hurdaya Ayırma” işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKE ve Milli Emlak Müdürlüğü tarafından altı ay içinde teslim alınmayan hurdaların satışı, 2886 Devlet İhale Kanunu'na göre yapılabilir. Hurdaları teslim alan kurum ya da firma yetkilisine, taşınır işlem fişinin teslim alan kısmı imzalatılır. Taşınır işlem fişi, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve (döner sermaye kaynaklı ise) amortisman çıkış belgesi, düzenlenen muhasebe işlem fişinin ekine bağlanarak ilgili muhasebe birimine gönderilir. Yıl içinde yapılmış hurda işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

**KAYNAK:**

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış:

MADDE 27 – (1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınır, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınır ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınır ile canlı taşınırın ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(4) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Garanti veya sigorta taahhünamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınır Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış:

MADDE 28 – (1) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmemekle hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

**17.02.2017 tarih ve 80981279/809.99/193 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Üst Yönetici Yetkisi ile Sağlık Ulaşım Araçları/Taşıtların HEK, Devir İşlemleri Hk. Yazısı**

1- Kurumumuza bağlı Genel Sekreterlik ve sağlık tesislerine ait Genel Bütçe ve Döner Sermaye kaynaklı taşınırların (sağlık ulaşım araçları ile her türlü taşıtlar ve iş makineleri hariç) Taşınır Mal Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde kayıtlardan çıkartılmasında;

a) Taşınırların ayrı kamu idareleri arasındaki devirlerinde 250.000-TL.'ye (250.000 TL. dahil) kadar,

b) Taşınırların aynı kamu idaresine bağlı harcama birimleri arasındaki devirlerinde 1.000.000-TL.'ye (1.000.000 TL. dahil) kadar,

c) Taşınırların imha, (HEK) hurdaya ayırma ve terkin işlemlerinde 500.000-TL.'ye (500.000 TL. dahil) kadar,

Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlerine üst yöneticilik yetkisinin verilmesi, yukarıda belirlenen limitleri aşan işlemlerin ise Kurum Başkanlığımızca yapılması,

2- Kurumumuza bağlı Genel Sekreterlik ve sağlık tesislerine ait Genel Bütçe ve Döner Sermaye kaynaklı sağlık ulaşım araçları ile her türlü taşıtlar ve iş makinelerinin satın alınması, bedelsiz devri, satışı, hurdaya ayırma, imha ve terkin işlemlerinde Maliye Bakanlığınca her yıl yayımlanan Tebliğde belirlenen limitler dahil olmak üzere Taşınır mal Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde Üst Yöneticinin (Kurum Başkanı) onayı ile yapılması.

**SORU: Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?**

**SIRA** : 235  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 7  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.7.1.** Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.

**BD.7.2.** Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların TDMS 740.06.40.01 “Bilgisayar Hizmet Alımları (Personel) ” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.

**BD.7.3.** Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların TDMS 740.06.40.02 “Bilgisayar Yazılım Alımları ” hesap kodundan kayıt altına alınması gerekmektedir.

**BD.7.4.** Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde mal olarak edinilen, süreli olmayan, lisansı ömür boyu satın alınan yazılımların (bilgi yönetim sistemleri, cihaz yazılımları, PACS, Office programları gibi) Biyomedikal Depolarda biyomedikal tanımlarına uygun olarak malzeme kaydının bulunması gerekmektedir. MKYS de 267-01 koduna kaydedilen bu malzemelerin ödemelerinin de TDMS 267.01 “Bilgisayar Yazılımları” hesap kodundan yapılması gerekmektedir. Bu yazılımların satın alma işlemleri ve depo kayıtlarının doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin iş zekası ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

Süreli olarak edinilen yazılımların personel giderleri TDMS 740.06.40.01 “Bilgisayar Hizmet Alımları (Personel) ” hesap kodundan, yazılım giderleri ise TDMS 740.06.40.02 “Bilgisayar Yazılım Alımları ” hesap kodundan ödemelerinin yapılması gerekmektedir.

Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında biyomedikal tanımlarına uygun olarak veri girişinin yapılmış olması gerekmektedir. Hizmet alımı yapılan bu yazılımların satın alma işlemleri ve veri girişlerinin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı girişleri ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

**KAYNAK:**

13.12.2013 tarih ve 809.05 sayılı 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar konulu genel yazı

01.28.2016 tarih Döner Sermaye Bütçe ve Muhasebe İşlemleri Daire Başkanlığı 2016 yılında açılan ve güncellenen hesap kodları konulu genel yazı

“Başkanlığımızca yayımlanarak yürürlüğe giren 29.11.2013 tarih ve 4605 tarihli “Dayanıklı Taşınır” hakkındaki yazımız ile Kurumumuz bünyesinde gerçekleştirilen biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma kapsamında; 26 Maddi Olmayan Duran Varlıkların alt kodundaki 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların (Bilgisayar yazılımları, işletim yazılımları, tıbbi cihaz programları ve kullanılacak amaca göre geliştirilen uygulama programları vb.) satın alma ve çıkışlarının düzenli olarak takibinin yapılabilmesi ve birlikteliğin sağlanabilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle yukarıda bahsedilen 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların her türlü hareketi (giriş, çıkış, amortisman ve tükenme payı hesaplamaları) 01.01.2014 tarihinden itibaren tedarik edilecek olan yazılımlar için; bundan böyle (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi üzerinden yapılarak MKYS Klinik Mühendislik Ekranı ile Amortisman Hesaplama Ekranına yansıtılacaktır.

MKYS Sistemi Amortisman Hesaplama Ekranı üzerinden çıkartılan amortisman cetvelleri ilgili Saymanlıklara bildirilecek ancak giriş / çıkış (satın alma; HEK vb.) hareketleri ilgili mevzuatı gereğince taşınır hesaplarında görünmeyeceğinden dolayı da; Harcama Birimi Taşınır Yönetim Dönemi Hesabı Cetvellerine yansımayacaktır.”

**SORU: Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?**

**SIRA** : 236  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 8  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.8.1.** Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınıra ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır.

**BD.8.2.** Bu istem belgelerinde künye bilgisi alanı istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.

**BD.8.3.** İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Biyomedikal tüketim malzemelerinin kontrollü çıkışı için yedek parça, sarf, aksesuar gibi tüketim malzemelerinin kullanılacağı cihaz bilgisinin doldurulacağı alan istem belgelerinde bulunmalıdır.

Yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde bulunan künye bilgisi için ayrılmış alanın istem yapan personel (hemşire, doktor gibi) tarafından doldurulmuş olması gerekmektedir. Bu alanın istemi yapan personel tarafından dolduruluyor olması veri doğruluğu açısından önem arz etmekte olup, istem yapıldıktan sonra depo sorumlusu tarafından kesinlikle doldurulmamalıdır.

Biyomedikal tüketim malzemelerinin istem belgelerinde talep edilen malzemenin tanımı depo kayıtlarına uygun olarak belirtilmelidir. (Örneğin manşon olarak değil, “tansiyon aleti manşonu çift hortumlu yetişkin” şeklinde olmalıdır.)

#### **KAYNAK:**

28.04.2014 tarih ve 0532 sayılı Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Hakkında konulu genel yazı

“Etkin depo yönetiminin gerçekleştirilebilmesi, klinik mühendislik hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkin maliyet kontrolünün sağlanabilmesi için sınıflandırılmış bu biyomedikal tüketim malzemelerinde kontrollü çıkış işlemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla, MKYS üzerinden Malzeme İşlemleri Ekranından gerçekleştirilen çıkış işlemlerinde bu sınıflandırma sistemi üzerinden giriş yapılan ürünler için düzenlemeye gidilmiştir.

Bu düzenleme ile biyomedikal dayanıklı taşınırlara bağlı olarak harcanan, niteliği “Yedek Parça”, “Aksesuar” ve “Sarf” olan ürünlerin çıkış işlemlerinde ürünlerin kullanılacağı dayanıklı taşınırların belirtilmesi zorunlu alan olarak eklenmiştir. Her tüketim malzemesi çıkış işlemi sırasında ilgi (a) yazımız kapsamında daha önce veri girişi yapılmış, künye numarası atanmış bir biyomedikal dayanıklı taşınır ile eşleştirilecektir. Ancak; biyomedikal tüketim deposunda kayıt altına alınmış ve niteliği “Cihaz” veya “Ortak Sarf” olan ürünler için herhangi bir eşleştirme işlemi uygulanmayacaktır.

Biyomedikal Tüketim Deposu Taşınır kayıt Yetkililerinin çıkış yapacakları malzemeleri doğru dayanıklı taşınırlara eşleyebilmeleri için sağlık tesislerinde malzeme istemi amacıyla kullanılan formlar, yazılım sistemleri, istem belgeleri üzerinde malzemelerin kullanılacağı cihazların künye numarası, demirbaş sicil numarası, marka-model-seri no bilgisi tanımlayıcı verilerinin yer alması gerekmektedir. İlgili yazılımlar ve formlar bu kapsamda düzenlenecektir.”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?**

**SIRA** : 237  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 9  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH



## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.9.1.** Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

**BD.9.2.** Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.

**BD.9.3.** Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin ilgili mevzuata atıf yapılarak kullanım amacı ile ilgili madde bulunmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Sağlık tesislerinde satın alma süreçleri bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile ürün güvenliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Böylece talep edilen malzeme ile edinilen malzemenin uygunluğu resmi beyana dayandırılabilir.

Malzemelere ait istem belgelerinde, ihtiyaç tespit komisyonlarında, şartnamelerde, alım yöntemine göre teklif mektubu ve ya ihale ilanlarında depo kayıtlarına uygun isimler ile anılmaları gerekmektedir.

07.06.2011 tarih ve 27957 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği’nde tıbbi cihaz tanımı yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre tıbbi cihaz kapsamında bulunan tüm ürünlerin sağlık tesislerine temini sırasında TİTUBB barkod bilgisinin aranması zorunludur. Bir malzemenin tıbbi cihaz olup olmadığı TİTUBB sorgulama ekranından emsal ürünlerin TİTUBB kaydının olup olmadığına bakılarak belirlenebilir.

Alıma çıkılmadan önceki süreçte ilgili malzemenin tıbbi cihaz kapsamında olup olmadığı belirlendikten sonra tıbbi cihaz olan malzemelerin şartnamelerinde TİTUBB kaydının olması ve ürüne ait TİTUBB barkodu bilgisinin ibraz edilmesi gerektiği bildirilmelidir.

## **KAYNAK:**

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

“Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir.”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?**

**SIRA** : 238  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 10  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

**DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.10.1.** Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.

**BD.10.2.** Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB bilgisi bulunmalıdır.

**AÇIKLAMA:**

Tedarik edilen dayanıklı taşınırlara ait fatura içerikleri Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Sınıflandırma Sistemi ile tüketim malzemelerine ait fatura içerikleri ise Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır. Bu uyum incelenirken malzemelere ait giriş TİF'leri ile faturalarda bulunan malzeme adı kısımları karşılaştırılabilir. Aynı zamanda faturalarda TİTUBB barkod numarası bulunmalı, TİTUBB' dan muaf olan malzemeler için fatura üzerinde muaf olduğunu belirten ibare bulunmalıdır.

**KAYNAK:**

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

“Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir.”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?**

**SIRA** : 239  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 11  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

## **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.11.1.** Biyomedikal dayanıklı taşınırlar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

**BD.11.2.** Biyomedikal dayanıklı taşınırlar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

## **AÇIKLAMA:**

Biyomedikal dayanıklı taşınırların teknik hizmet (bakım, onarım, ölçümleme gibi) uygulanması amacıyla sağlık tesisi dışına çıkarılması ve tekrar sağlık tesisine iadesine ilişkin MKYS üzerinden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri “Emanet İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmış olmalıdır. Bu işlemler sonrası oluşturulan Taşınır İşlem Fişleri, biyomedikal dayanıklı taşınırın sağlık tesisinden çıkışı ve girişi sırasında biyomedikal dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır. Teknik hizmet uygulaması amacıyla yapılan emanet çıkışlarında teslim alan kişi firma personeli değil kargo firması çalışanı ise aynı zamanda tutanak tutularak çıkış TİF’i 2 nüsha halinde firmaya iletilmelidir.

## **KAYNAK:**

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“MKYS Veri Girişleri ve Veri Doğruluğu

8. Biyomedikal dayanıklı taşınırların adli vakalarda, evde sağlık hizmetleri bünyesinde veya bakım, onarım, metroloji gibi biyomedikal teknik hizmetler kapsamında sağlık tesisi dışına çıkması durumunda “Emanet Çıkış” ve sonrasında “Emanetten İade Al” işlemleri gerçekleştirilmelidir.”

**SORU: Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” uygun yapıyor mu?**

**SIRA** : 240  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 12  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.12.1.** Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu görevlendirilmiş olmalıdır.

**BD.12.2.** Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

**BD.12.3.** Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Biyomedikal Depo kapsamında takip edilen tıbbi cihazlar ve tıbbi cihazlara bağlı biyomedikal tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayları takip etmesi için sağlık tesislerinde bir Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu görevlendirilmiş olmalıdır. Bu kişi sadece biyomedikal depo kapsamındaki ürünlerin olumsuz olayları takip sürecinden sorumludur. (medikal depo kapsamındaki ürünlerin olumsuz olay takip sürecinden sorumlu değildir)

Görevlendirilen Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

Depoların (Dayanıklı Taşınır ve Tüketim) yönetim alanları içerisinde bulunan tıbbi cihazlar ile ilgili uygunsuz olay bildirimlerinin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na yapılması gerekmektedir. Bu iş ve işlemlerin “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” göre yapılmalıdır.

#### **KAYNAK:**

25.06.2007 tarih ve 26563 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

“C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

- a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler

- c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

- a. Devir faaliyetleri
- b. Stok kontrol faaliyetleri
- c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
- e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
- i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”

**SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların zimmet tutanakları mevcut mu?**

**SIRA** : 241  
**BÖLÜM ADI** : BİYOMEDİKAL DEPO  
**BÖLÜM SIRA NO** : 13  
**BOYUTLAR** : YPYD, KMH

#### **DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:**

**BD.13.1.** Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların zimmet işlemleri güncel olarak yapılmış olmalıdır.

**BD.13.2.** Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimmet sahibine teslim edilmelidir.

**BD.13.3.** Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.

#### **AÇIKLAMA:**

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların sorunsuz kullanımını sağlamak için bu ürünlerin ilgili kullanıcıya veya kullanan birime zimmetli olması gerekmektedir. Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS’deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır.

Sağlık tesislerinde aktif durumdaki tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.

**KAYNAK:**

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Belge ve cetveller

MADDE 10 – (1) Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre aşağıda belirtilen belge ve cetveller kullanılır.

b) Zimmet Fişi (Örnek: 6; 6/A): Taşınır Kod Listesinin (B) bölümünde gösterilen kara taşıtları ve iş makinelerinin bunları sürekli olarak kullanacak personele verilmesinde 6 örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. Bu Fiş, vardiya usulü çalışılan yerlerde kullanılan kara taşıtları ve iş makineleri için işyerinde koordinasyonu sağlayan sorumlu yönetici adına düzenlenir. Demirbaş, makine ve cihazların kullanıma verilmesinde ise 6/A örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. “

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazı